

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.Sc.)

PAR
SANDRINE RENAUD

LES ENJEUX ÉTHIQUES DE LA TRANSDISCIPLINARITÉ ET LEURS PISTES DE
SOLUTION : LE CAS DE LA PRATIQUE AUPRÈS DE PERSONNES PRÉSENTANT UN
TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

DÉCEMBRE 2019

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

Au terme de la réalisation de ce projet, je tiens à remercier tout particulièrement Marie-Josée Drolet, directrice de cet essai et professeure au département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Merci de croire en moi et en mes projets, de me soutenir et d'être toujours aussi bienveillante envers moi. Je me sens privilégiée d'avoir la chance de collaborer avec toi.

Je souhaite aussi remercier sincèrement Marie-Josée St-Pierre, réviseuse externe de cet essai et chargée de cours au département d'ergothérapie de l'UQTR. Merci pour tes commentaires pertinents qui, tout au long de la réalisation de ce projet, ont su faire avancer ma réflexion. Plus largement, merci pour ton apport important et marquant à ma compréhension de l'ergothérapie.

Enfin, je désire remercier les professionnelles et les stagiaires qui ont participé à ce projet. Merci pour votre temps et votre générosité lors des entrevues. J'ai beaucoup appris grâce à vous.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ii
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	vii
RÉSUMÉ	viii
1. INTRODUCTION	10
2. PROBLÉMATIQUE.....	12
2.1 Définition et prévalence des troubles du comportement alimentaire.....	12
2.2 Pratique de l’ergothérapie auprès de personnes présentant un trouble du comportement alimentaire.....	14
2.3 Enjeux éthiques de la pratique auprès de personnes présentant un trouble du comportement alimentaire.....	15
2.3.1 Enjeux éthiques liés à la relation thérapeutique	16
2.3.2 Enjeux éthiques liés à la multidisciplinarité.....	21
2.3.3 Enjeux éthiques relatifs au contexte sociétal.....	22
2.3.4 Pistes de solution aux enjeux éthiques	23
2.4 Enjeux éthiques liés à la transdisciplinarité	25
2.5 Questions et objectifs de recherche.....	27
2.6 Pertinences scientifique, professionnelle et sociale de l’étude	28
3. CADRE CONCEPTUEL	30
3.1 Notion de transdisciplinarité	30
3.2 Notions éthiques.....	33
3.2.1 Définition de l’éthique.....	33
3.2.2 Typologie des enjeux éthiques	35
3.2.3 Trois domaines de l’éthique	36
4. MÉTHODES.....	39
4.1 Devis de recherche	39
4.2 Échantillonnage.....	39
4.3 Collecte des données	40
4.4 Analyse des données	41
4.5 Considérations éthiques.....	42

5. RÉSULTATS	43
5.1 Description des participantes	43
5.2 Enjeux éthiques	44
5.2.1 Enjeux éthiques liés à l'intervention avec la clientèle ayant un TCA	44
5.2.2 Enjeux éthiques liés à la transdisciplinarité.....	49
5.3 Manières de surmonter les enjeux éthiques.....	57
5.4 Manières envisagées pour solutionner les enjeux éthiques.....	60
6. DISCUSSION	64
6.1 Retour aux questions et objectifs de la recherche	64
6.2 Comparaison des résultats avec ceux documentés dans les écrits	64
6.3 Interprétation des résultats	69
6.3.1 Exigences d'une pratique transdisciplinaire respectueuse de l'éthique.....	69
6.3.2 Utilité du concept d'injustice épistémique pour réfléchir aux enjeux éthiques que pose la pratique auprès de personnes présentant un TCA.....	71
6.3.3 Importance d'intervenir par rapport aux TCA selon une perspective sociétale	73
6.4 Forces et limites de l'étude	74
6.5 Retombées potentielles de l'étude.....	75
7. CONCLUSION.....	77
RÉFÉRENCES	79
ANNEXE A	88
ANNEXE B	89
ANNEXE C	91

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Écrits documentant les enjeux éthiques de la pratique auprès de personnes présentant un TCA.....	15
Tableau 2. Définition de la transdisciplinarité selon divers auteurs	31

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Les enjeux éthiques de la pratique auprès de personnes présentant un TCA et leurs causes, tels que recensés dans les écrits	15
Figure 2.	Continuum des enjeux éthiques reliés aux refus de traitements vécus par les intervenants selon la sévérité de l'anorexie mentale des clients	18
Figure 3.	Pistes de solutions aux enjeux éthiques recensées dans les écrits	23
Figure 4.	Métaphore des différents modèles de collaboration interdisciplinaire selon Choi et Pak (2006)	32
Figure 5.	Les trois domaines de l'éthique selon Glaser (1994).....	36
Figure 6.	Les causes des enjeux éthiques liés à l'intervention avec la clientèle ayant un TCA...	45
Figure 7.	Les dilemmes éthiques opposant le respect de l'autonomie du client à la bienfaisance.....	45
Figure 8.	Les causes des enjeux éthiques liés à la transdisciplinarité	50
Figure 9.	Conflit d'allégeance vécu par les membres de l'équipe transdisciplinaire	55
Figure 10.	Manières de surmonter les enjeux éthiques utilisées par les participantes	57
Figure 11.	Les manières envisagées par les participantes pour résoudre les enjeux éthiques	61

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
APA	<i>American Psychological Association</i>
DSM-V	Cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
TCA	Troubles du comportement alimentaire
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

RÉSUMÉ

Problématique : Les enjeux éthiques de la pratique auprès de personnes présentant un trouble du comportement alimentaire (TCA) sont documentés dans les écrits suivant une perspective principalement disciplinaire. Par contre, la collaboration entre des professionnels de plusieurs disciplines est nécessaire pour intervenir efficacement auprès de ces personnes (Williams et Haverkamp, 2010). Spécifiquement, la transdisciplinarité est une avenue intéressante pour intervenir auprès de cette clientèle (Monthuy-Blanc et al., 2016), mais elle peut être difficile à implanter en pratique (Couturier et Belzile, 2018) et peut induire des enjeux éthiques (Evans, 2017). Dans ce contexte, il importe de s'attarder aux enjeux éthiques de la pratique transdisciplinaire auprès des personnes présentant un TCA. **Objectifs :** Cette étude vise à explorer les enjeux éthiques rencontrés par une équipe transdisciplinaire qui intervient auprès de personnes présentant un TCA et à identifier les moyens que les intervenants de cette équipe utilisent ou envisagent pour les surmonter. **Cadre conceptuel :** Pour faciliter l'exploration du phénomène à l'étude, la typologie de Swisher et ses collaboratrices (2005) a été choisie. Elle décrit quatre types d'enjeux éthiques, soit : le dilemme éthique, la tentation éthique, la détresse éthique et le silence éthique. Afin de situer ces différents enjeux éthiques et leurs pistes de solution, le modèle de Glaser (1994) a été choisi. **Méthode :** Un devis qualitatif d'inspiration phénoménologique (Husserl, 1970,1999) a été utilisé. Des entrevues semi-dirigées ont été réalisées afin de recueillir les perceptions de membres d'une équipe transdisciplinaire du phénomène à l'étude. Les verbatim de ces entrevues ont été intégralement transcrits et analysés en suivant les étapes proposées par Giorgi (1997). **Résultats :** Cinq professionnelles et cinq stagiaires de disciplines variées intervenant ou ayant intervenu au sein de l'équipe transdisciplinaire spécialisée en TCA ont participé à l'étude. Les résultats montrent que les participantes rencontrent des enjeux éthiques liés à l'intervention avec la clientèle ayant un TCA et d'autres liés à la transdisciplinarité. En ce qui a trait aux enjeux éthiques liés à l'intervention, elles relèvent, notamment, plusieurs situations de dilemmes éthiques où le respect de l'autonomie des clients s'oppose à leur devoir de bienfaisance. Au sujet des enjeux éthiques liés à la transdisciplinarité, elles rapportent que l'actualisation de la transdisciplinarité peut mettre en péril des valeurs chères à leurs yeux, particulièrement la pratique compétente, la pratique centrée sur le client, la confidentialité ainsi que d'autres valeurs personnelles et professionnelles. Pour tenter de résoudre ces enjeux, elles identifient des pistes de solution de nature individuelle et organisationnelle. **Discussion :** Cette étude suggère que l'autonomie des personnes présentant un TCA s'oppose à des normes externes lorsqu'elles reçoivent des soins, et ce, même dans un contexte transdisciplinaire. Aussi, elle révèle que l'actualisation d'une pratique transdisciplinaire respectueuse de l'éthique nécessite des ressources suffisantes, des opportunités d'échange fréquentes entre les professionnels et des temps de discussion spécifique à l'éthique. **Conclusion :** La pratique transdisciplinaire auprès de personnes présentant un TCA devrait être centrée davantage sur les valeurs (*value based practice*) afin que l'équipe transdisciplinaire, incluant les clients, puisse réfléchir et discuter de celles-ci de manière franche, respectueuse et ouverte. Dans le cadre de recherches ultérieures, il serait pertinent de poursuivre l'exploration des enjeux de cette pratique en tenant compte des perspectives de membres d'autres équipes transdisciplinaires et de personnes présentant un TCA ainsi que de leur famille.

Mots clés : Éthique, enjeu éthique, transdisciplinarité, troubles du comportement alimentaire, pistes de solution

ABSTRACT

Background: Ethical issues of practice with people with eating disorders (ED) are documented in the literature from a primarily disciplinary perspective. However, collaboration among professionals from multiple disciplines is necessary to intervene effectively with individuals with ED (Williams & Haverkamp, 2010). Specifically, transdisciplinarity is an interesting avenue for intervening with this clientele (Monthuy-Blanc & al., 2016), but it can be difficult to implement in practice (Couturier & Belzile, 2018) and can lead to ethical issues (Evans, 2017). In this context, it is important to address the ethical issues of transdisciplinary practice with individuals with ED.

Objectives: The purpose of this study is to explore the ethical issues encountered by a transdisciplinary team working with people with ED and to identify the means that the team members use or plan to overcome them. **Conceptual framework:** To this end, the typology of Swisher and colleagues (2005) was chosen. It describes four types of ethical issues: ethical dilemma, ethical temptation, ethical distress and ethical silence. In order to situate these different ethical issues and their possible solutions, Glaser's (1994) model was chosen. **Methods:** A qualitative study of phenomenological inspiration (Husserl, 1970, 1999) was used. Semi-structured interviews were conducted to gather the perceptions of members of a transdisciplinary team on the phenomenon under study. The verbatim transcripts of these interviews were analyzed following the steps proposed by Giorgi (1997). **Results:** Five professionals and five trainees from various disciplines who are or have been involved in the transdisciplinary team participated in the study. The results show that participants encountered ethical issues related to working with clients with ED and others related to transdisciplinarity. Regarding the ethical issues related to intervention, they identify several situations of ethical dilemmas where respect for the autonomy of clients is in conflict with their duty of beneficence. Regarding the ethical issues related to transdisciplinarity, they report that the implementation of transdisciplinarity may jeopardize values they hold dear, particularly competent practice, client-centred practice, confidentiality, and other personal and professional values. To address these issues, they identify individual and organizational solutions. **Discussion:** This study suggests that the autonomy of people with ED is opposed to external standards when receiving care, even in a transdisciplinary context. It also reveals that the implementation of an ethical transdisciplinary practice requires sufficient resources, frequent opportunities for exchange among professionals, and time for ethics-specific discussion. **Conclusion:** Transdisciplinary practice with people with ED should be more value-based so that the transdisciplinary team, including clients, can reflect and discuss values in a respectful and open manner. Future research should continue to explore the issues involved in this practice from the perspectives of other transdisciplinary teams, individuals with ED and their families.

Keywords: Ethics, ethical issues, transdisciplinarity, eating disorders, possible solutions

1. INTRODUCTION

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) « se caractérisent par des perturbations persistantes de l'alimentation et du comportement alimentaire entraînant un mode de consommation pathologique des aliments ou une absorption de nourriture délétère pour la santé physique et le fonctionnement social » (American Psychiatric Association (APA), 2013, p. 429). Ils découlent de préoccupations importantes et envahissantes pour l'image corporelle, notamment relatives à la forme du corps et à son poids (Fairburn, 2008). Ces troubles de santé mentale ont un impact direct sur la participation occupationnelle des personnes qui en sont atteintes (Clark et Nayar, 2012), c'est pourquoi les ergothérapeutes sont appelés à intervenir auprès de cette clientèle, et ce, généralement en partenariat avec d'autres professionnels de la santé et des services sociaux (Lock et Pépin, 2019). De fait, parmi les différents modèles de collaboration interprofessionnelle utilisés pour intervenir auprès des personnes présentant un TCA, la transdisciplinarité constitue une avenue intéressante, étant donné le haut degré de synergie qu'elle implique entre les différents professionnels (Monthuy-Blanc et al., 2016).

Plusieurs études attestent que les professionnels de la santé et des services sociaux qui pratiquent auprès de personnes présentant un TCA vivent fréquemment des enjeux éthiques (Matussek et Wright, 2010; Manley, Smye et Srikameswaran, 2001). Or, ces enjeux sont documentés dans les écrits suivant des perspectives majoritairement disciplinaires (ergothérapie, médecine, philosophie, psychologie, sciences de l'activité physique, sciences infirmières et travail social), et dans une moindre mesure, multidisciplinaire. Considérant que la transdisciplinarité se différencie grandement de ces perspectives (Choi et Pak, 2006), il importe de s'attarder aux enjeux éthiques que pose la pratique transdisciplinaire auprès de personnes présentant un TCA. De plus, dans une perspective d'amélioration continue des pratiques professionnelles, il est pertinent de documenter des moyens pour solutionner ces enjeux.

Cet essai critique fait état, d'entrée de jeu, de la problématique à l'origine de la recherche. Puis, le cadre conceptuel, nécessaire à la compréhension des assises théoriques de l'étude, est présenté. Ensuite, les méthodes utilisées pour conduire cette étude sont exposées. La section résultat, présentant l'analyse des données recueillies et constituant le cœur de cette recherche, suit.

Par la suite, dans la discussion, un retour est effectué aux questions de recherche et des liens sont établis entre les résultats de l'étude et ceux documentés dans les écrits. De plus, une interprétation des résultats y est présentée, de même que les forces, les limites et les retombées potentielles de l'étude. Enfin, les éléments clés de l'étude seront résumés en guise de conclusion.

2. PROBLÉMATIQUE

Cette section de l'essai présente la problématique à l'origine de l'étude. Dans un premier temps, un retour à la définition des TCA est effectué et la prévalence de ces troubles est spécifiée. Dans un second temps, la pratique de l'ergothérapie auprès de cette clientèle est décrite succinctement. Dans un troisième temps, les enjeux éthiques que soulève la pratique auprès de personnes ayant un TCA et les manières de résoudre ces enjeux sont abordés, tels que traités dans les écrits en provenance de différentes disciplines de la santé et des services sociaux ainsi que des sciences sociales. Dans un quatrième temps, une définition sommaire de la transdisciplinarité ainsi que certaines considérations éthiques, qui émergent des écrits sur ce modèle collaboratif, sont présentées. Dans un cinquième temps, les questions à l'origine de cette étude sont articulées, de même que les objectifs de la recherche. Enfin, les pertinences scientifique, professionnelle et sociale de l'étude sont décrites.

2.1 Définition et prévalence des troubles du comportement alimentaire

Comme spécifié en introduction, les TCA « se caractérisent par des perturbations persistantes de l'alimentation et du comportement alimentaire entraînant un mode de consommation pathologique des aliments ou une absorption de nourriture délétère pour la santé physique et le fonctionnement social » (APA, 2013, p. 429). Dans la cinquième édition du manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux (DSM-V, 2013), les TCA sont déclinés selon quatre catégories principales, soit : l'anorexie mentale, la boulimie, l'hyperphagie boulimique et les TCA non spécifiés. Les paragraphes suivants expliquent brièvement chacun de ces TCA, tout en indiquant leur prévalence.

L'anorexie mentale se caractérise par un état de malnutrition sévère découlant d'une restriction alimentaire associée au désir permanent de maigrir (APA, 2013). Ce trouble touche majoritairement des individus de sexe féminin avec un ratio de neuf femmes touchées pour un homme (Crisp, 2006). En effet, 0,2 à 1% des adolescentes présentent une anorexie mentale, évoluant de façon chronique dans 20 à 40% des cas (Monthuy-Blanc et Côté, 2018).

La boulimie, pour sa part, se définit par la survenue récurrente de crises de suralimentation, lesquelles sont suivies de comportements inappropriés qui compensent les effets de ces crises sur le poids (APA, 2013). En Occident, ce trouble touche 2% de la population féminine et 0,5% de la population masculine (Monthuy-Blanc et Côté, 2018).

Quant à elle, l'hyperphagie boulimique est aussi associée à des crises de suralimentation, mais sans la présence de comportements compensatoires efficaces (APA, 2013). Ce trouble touche 2,8% de la population américaine (Hudson, Hiripi, Pope et Kessler, 2007), mais s'élève à 10 à 30% dans la population présentant une obésité clinique (Filaire, Rouveix et Bourget, 2008).

Enfin, en plus de ces trois premiers types de troubles comportementaux liés à l'alimentation, les TCA non spécifiés représentent une catégorie résiduelle. Elle inclut des individus présentant des profils subcliniques, c'est-à-dire de sévérité moindre, ou d'autres profils qui ne répondent pas aux critères diagnostiques établis (Monthuy-Blanc, 2018b).

Parallèlement aux catégories du DSM-V (2013), des auteurs adoptent une perspective dimensionnelle des TCA permettant de comprendre ces troubles en fonction de leurs caractéristiques communes et de leur évolution dans le temps (Monthuy-Blanc, 2018a). Par exemple, Tylka et Subich (1999) proposent un continuum des TCA selon trois degrés de sévérité : 1) asymptomatiques; 2) symptomatiques; 3) troubles du comportement alimentaire. En d'autres mots, ces auteurs conçoivent que des dimensions comportementales, cognitives et psychologiques sont communes à tous les TCA et évoluent sur le continuum de la sévérité. Fairburn (2008) partage aussi cette perspective dans son approche transdiagnostique du traitement des TCA. Selon cet auteur, la présence de préoccupations importantes et envahissantes pour l'image corporelle est au cœur de tous les TCA et cause les comportements alimentaires et compensatoires inappropriés qui caractérisent l'ensemble de ces troubles. De plus, il identifie des caractéristiques secondaires qui contribuent à les maintenir, soit le perfectionnisme, la faible estime de soi, la gestion difficile de l'humeur et les difficultés interpersonnelles (Fairburn, Cooper et Roz Shafran, 2003). En bref, l'approche catégorielle, issue du DSM-V (2013), permet de diagnostiquer un TCA à un moment précis, tandis que l'approche dimensionnelle offre une perspective longitudinale de l'évolution de ces troubles dans le temps.

2.2 Pratique de l'ergothérapie auprès de personnes présentant un trouble du comportement alimentaire

En tant qu'experts en habilitation de l'occupation (Association canadienne des ergothérapeutes (ACE), 2012), les ergothérapeutes ont une compréhension occupationnelle des TCA (Clark et Nayar, 2012, Gardiner et Brown, 2010). Selon cette perspective, les personnes ayant un TCA éprouvent des difficultés à s'engager dans leurs occupations, notamment celles liées à l'alimentation ou à l'interaction avec les autres, ce qui affecte négativement leur équilibre occupationnel et leur capacité à accomplir leurs rôles (Clark et Nayar, 2012, Lock et Pépin, 2019). En effet, leurs préoccupations et le contrôle qu'elles exercent sur leurs apports alimentaires, leur poids et leur image corporelle mobilisent l'ensemble de leurs êtres occupationnels, ce qui fait qu'elles surinvestissent certaines occupations (ex : exercice physique, routines d'auto-observation) et en sous-investissent d'autres (ex : préparation de repas, activités sociales autour d'un repas) (Clark et Nayar, 2012; Gardner et Brown, 2010, Lock et Pépin, 2019). En bref, les atteintes occupationnelles induites par ces troubles sont multiples.

Relativement aux interventions, le rôle premier des ergothérapeutes travaillant auprès de cette clientèle est de rétablir un équilibre occupationnel capable d'inclure des occupations signifiantes et de favoriser la santé et le bien-être de la personne présentant un TCA (Crouch et Alers, 2014; Moris, 2012). Pour ce faire, les ergothérapeutes utilisent des interventions centrées sur l'occupation, notamment en lien avec la routine occupationnelle de la personne (Clark et Nayar, 2012; Crouch et Alers, 2014; Moris, 2012) et des interventions utilisant l'occupation pour développer des habiletés ou pour réaliser une exposition aux émotions (Kloczko et Ikiugu, 2006). De plus, les ergothérapeutes contribuent au rétablissement des personnes, en fixant des objectifs centrés sur le client, en donnant du pouvoir aux personnes pour les engager dans leur processus de guérison et en ancrant les interventions dans le milieu écologique de la personne (Clark et Nayar, 2012). La plupart du temps, les ergothérapeutes sont amenés à collaborer avec d'autres professionnels de la santé lorsqu'ils interviennent auprès de cette clientèle (Lock et Pépin, 2019). Au sein d'équipes multidisciplinaires, interdisciplinaires ou transdisciplinaires, leur expertise contribue à l'évaluation et à la gestion des symptômes des clients (Crouch et Alers, 2014).

2.3 Enjeux éthiques de la pratique auprès de personnes présentant un trouble du comportement alimentaire

La recension des écrits effectuée révèle que les professionnels de la santé et des services sociaux, incluant les ergothérapeutes, qui pratiquent auprès de personnes présentant un TCA vivent fréquemment des enjeux éthiques, c'est-à-dire des situations qui mettent en péril l'actualisation de valeurs considérées souhaitables (Swisher, Arlasanian et Davis, 2005). En effet, des écrits issus de plusieurs disciplines (ergothérapie, médecine, philosophie, psychologie, sciences de l'activité physique, sciences infirmières et travail social) documentent ces enjeux selon une perspective principalement disciplinaire et mettent en évidence les causes présumées de ces enjeux (voir le Tableau 1 en Annexe A).

La présente sous-section vise à décrire de façon détaillée les enjeux éthiques documentés dans les écrits recensés. Ceux-ci sont présentés selon les trois domaines de l'éthique de Glaser (1994), du fait qu'ils sont liés : 1) à la relation thérapeutique (domaine individuel); 2) à l'organisation multidisciplinaire des services (domaine organisationnel) ou 3) à la société dans son ensemble (domaine sociétal). La Figure 1 présente un aperçu de ces enjeux et de leurs causes.



Figure 1. Les enjeux éthiques de la pratique auprès de personnes présentant un TCA et leurs causes, tels que recensés dans les écrits

2.3.1 Enjeux éthiques liés à la relation thérapeutique

2.3.1.1 Enjeux éthiques liés au refus de traitement chez les personnes présentant une anorexie mentale

Selon plusieurs écrits, les professionnels de la santé et des services sociaux qui pratiquent auprès de personnes présentant une anorexie mentale vivent un dilemme éthique qui oppose le respect de l'autonomie du client à la bienfaisance, notamment lorsque leur client refuse d'être traité (Campbell et Aulisio, 2012; Choates, Hermann, Pottle et Manton, 2013; Draper, 2000; Faith, Pinhas, Schelefske et Bryden, 2003; Fedyszyn et Sullivan, 2007; Giordano, 2010; Hébert et Weingarten, 1991; Kendall et Hugman, 2016; Kendall, 2014; Lopez, Yager et Feinstein, 2010; MacDonald, 2002; Manley, Smye et Srikameswaran, 2001; Matusek et Wright, 2010). Un refus de traitement est rencontré lorsque le client refuse d'être hospitalisé, refuse des modalités de traitement invasives ou souhaite abandonner son traitement. Dans cette situation, le respect de l'autonomie du client implique que celui-ci a le droit de prendre des décisions libres et éclairées par rapport à son traitement sans coercition, influence indue ou prescription de l'intervenant, tandis que la bienfaisance implique que l'intervenant devrait contribuer à la santé et au bien-être de son client (Matusek et Wright, 2010). D'une part, des visions conséquentialistes de ce dilemme s'opposent. En effet, certains auteurs considèrent que l'imposition d'un traitement est contre-productif à long terme (Matusek et Wright, 2010), ce qui justifie de respecter l'autonomie du client, alors que d'autres estiment que puisque la condition est réversible, la valeur normative du respect de l'autonomie est affaiblie (Giordano, 2010), ce qui justifie le recours au traitement forcé. Autrement dit, une tension se présente dans les écrits entre une approche respectant la volonté des personnes et une autre paternaliste qui est justifiée par la bienfaisance. D'autre part, les écrits indiquent que l'évaluation de l'aptitude du client à consentir ou non aux traitements est au cœur du dilemme vécu par les cliniciens (Giordano, 2010; Kendall, 2014; Tan, Hope, Stewart et Fitzpatrick, 2006). Certains auteurs estiment qu'en raison de leurs distorsions cognitives et perceptuelles, les personnes atteintes d'anorexie mentale ne devraient pas être considérées aptes à refuser un traitement (Kluge, 1991 cité dans Kendall, 2014), alors que d'autres jugent qu'il est discriminatoire de déterminer l'aptitude d'une personne à prendre une décision éclairée, en se basant exclusivement sur ses valeurs et ses croyances (Tan, Hope, Stewart et Fitzpatrick, 2006). De plus, des auteurs déplorent que l'aptitude des personnes présentant une anorexie mentale soit souvent appréciée sans évaluation formelle, ce qui constitue une forme de discrimination inique

(Campbell et Aulisio, 2012; Draper, 2000; Fedysyn et Sullivan, 2007; Matusek et Wright, 2010). Encore ici, une vision paternaliste est tension avec une autre valorisant l'autonomie des personnes.

Également, quelques auteurs (Campbell et Aulisio, 2012; Draper, 2000; Giordano, 2010; Hébert et Weingarten, 1991; Kendall, 2014; Matusek et Wright, 2010) évoquent un deuxième dilemme qui émerge dans les cas d'anorexie mentale sévère ou chronique. Dans ces cas, c'est plutôt la valeur de la dignité humaine, suivant laquelle les clients ont des droits inaliénables qui ne peuvent être bafoués par les intervenants, qui s'oppose à la valeur de la protection de la vie humaine, qui implique la responsabilité de l'intervenant de protéger le client du risque qu'il pose pour lui-même (Matusek et Wright, 2010). L'efficacité des traitements chez les personnes présentant une anorexie chronique étant limitée (Draper, 2000; Monthuy-Blanc et Côté, 2018), des auteurs arguent que peu importe leur statut d'aptitude, elles ne devraient pas être contraintes à subir un traitement inefficace (Giordano, 2010). De plus, ces auteurs considèrent que la souffrance et la qualité de vie de ces personnes, qui subissent perpétuellement des pertes de poids douloureuses et des gains de poids traumatiques, devraient être considérées dans les prises de décision cliniques pour reconnaître et respecter leur dignité (Draper, 2000; Giordano, 2010). Giordano (2010) estime même que cet enjeu éthique interpelle une réflexion plus large par rapport à l'accessibilité de l'aide médicale à mourir pour les personnes présentant un trouble du comportement alimentaire. Par contre, d'autres auteurs rétorquent qu'à court terme, l'hospitalisation des personnes atteintes d'anorexie chronique a des résultats concluants par rapport au gain de poids, c'est donc dire que ce traitement est efficace pour préserver la vie de ces personnes (Watson, Bowers et Anderson, 2000). En somme, un continuum de deux dilemmes éthiques est vécu par les professionnels qui pratiquent avec des personnes présentant une anorexie mentale en contexte de refus de traitement (voir la Figure 2). Il est à noter qu'aucun écrit recensé ne documente ces enjeux auprès de personnes présentant un trouble du comportement alimentaire autre que l'anorexie mentale.

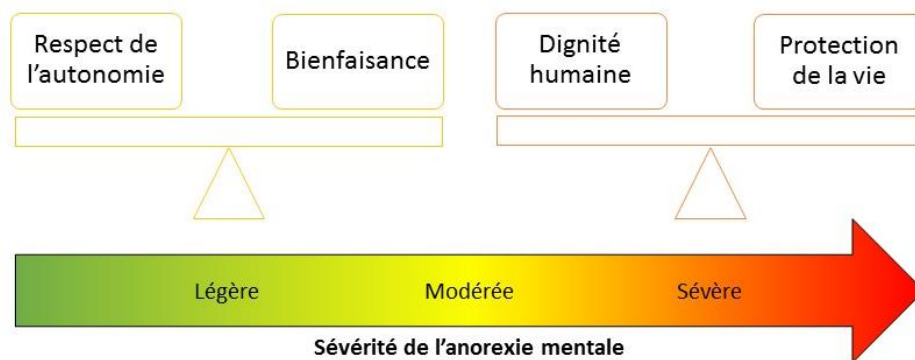


Figure 2. Continuum des enjeux éthiques reliés aux refus de traitements vécus par les intervenants selon la sévérité de l'anorexie mentale des clients

2.3.1.2 Autres situations où le respect de l'autonomie s'oppose à la bienfaisance

L'établissement et le maintien d'une relation thérapeutique authentique avec les personnes présentant un TCA sont décrits comme des processus difficiles pour les intervenants dans les écrits (Devery, Scalan et Ross, 2018; MacDonald, 2002; Wright et Schroeder, 2016), notamment puisque ces derniers vivent fréquemment des dilemmes éthiques qui opposent le respect de l'autonomie du client à la bienfaisance. Mis à part le refus de traitement, deux principales causes sont identifiées par les auteurs : 1) l'ambivalence au changement des personnes présentant un TCA; 2) la grande proportion de clients mineurs.

D'une part, l'ambivalence au changement, appelée résistance au traitement dans les écrits, est fréquemment rencontrée, voire considérée comme une caractéristique de la clientèle présentant un TCA (Devery, Scalan et Ross, 2018; Faith, Pinhas, Schmelefske et Bryden, 2003; Kendall, 2014; MacDonald, 2002; Manley, Smye et Srikameswaran, 2001; Wright et Schroeder, 2016). Ce phénomène peut être compris comme l'exercice par les clients de leur droit au consentement continu, c'est-à-dire qu'ils consentent à recevoir un traitement, mais refusent certaines modalités thérapeutiques ou se désinvestissent de celles-ci puisqu'ils ne se sentent pas motivés par elles ou prêts à changer (MacDonald, 2002). Or, les écrits issus de la médecine et des sciences infirmières discutent du degré d'acceptabilité des pratiques coercitives utilisées par les intervenants pour pallier à cette « résistance au traitement », notamment la persuasion, la manipulation ou la contention (MacDonald, 2002; Norrington, Stanley, Tremlett et Birrel, 2010; Wright et Schroeder, 2016). De plus, des études en sciences infirmières et en ergothérapie révèlent que les

professionnels sont déchirés entre l'actualisation d'une relation thérapeutique authentique, qui développe le pouvoir d'agir du client et laisse place à son autonomie décisionnelle, et l'atteinte de résultats thérapeutiques, qui est facilitée par des moyens inauthentiques et coercitifs (Devery, Scalan et Ross, 2018; Wright et Schroeder, 2016).

D'autre part, la clientèle mineure, qui est largement représentée parmi les personnes ayant un TCA, pose un défi supplémentaire pour les intervenants selon plusieurs écrits (Choate, Hermann, Polte et Manton, 2013; Faith, Pinhas, Schmelefske et Bryden, 2003; Manley, Smye et Srikameswaran, 2001; Norrington, Stanley, Tremlett et Birrel, 2010). Bien qu'ils présentent les mêmes caractéristiques que les adultes en regard de leur soi-disant ambivalence aux traitements, il est démontré par des études empiriques que la qualité de la relation thérapeutique joue un grand rôle dans la réussite des interventions auprès des personnes mineures (Manley, Smye et Srikameswaran, 2001). Considérant que les symptômes des TCA ont des impacts développementaux majeurs chez cette tranche d'âge de clients, les auteurs notent que les cliniciens vivent encore plus difficilement le dilemme entre le maintien d'une relation thérapeutique de qualité et l'atteinte des résultats thérapeutiques (Manley, Smye et Srikameswaran, 2001). En outre, les écrits issus de la médecine, de la psychologie et de la pratique multidisciplinaire décrivent que les intervenants vivent aussi un dilemme opposant le respect de l'autonomie décisionnelle de clients mineurs (qui ne souhaitent pas divulguer à leurs parents certaines informations par rapport à leur état de santé) à la collaboration avec ces derniers, laquelle est favorable au rétablissement (Faith, Pinhas, Schmelefske et Bryden, 2003; Norrington, Stanley, Tremlett et Birrel, 2010).

2.3.1.3 Pratique compétente mise en péril

En plus des dilemmes éthiques présentés ci-haut, les écrits identifient que deux autres valeurs peuvent être mises en péril au sein de la relation thérapeutique avec la clientèle présentant un TCA (voir la Figure 1). La première est la pratique compétente (Bernacchi, 2017; Choate, Hermann, Polte et Manton, 2013; Devery, Scalan et Ross, 2018; Schmidt, Brown, McClelland, Glennon et Mountford, 2016; Wojtowicz, Alberga, Parsons et von Ranson, 2015). En travail social et en ergothérapie, les auteurs rapportent que les nombreuses comorbidités associées aux TCA constituent des barrières à la pratique compétente des cliniciens, en ce sens que les connaissances que ceux-ci doivent acquérir pour intervenir adéquatement sont nombreuses et difficiles à maîtriser

(Bernacchi, 2017; Devery, Scalan et Ross, 2018). En sciences de l'activité physique et en médecine, un manque de formation spécifique au dépistage, à l'évaluation et à la prise en charge des personnes ayant un TCA est décrit par les auteurs, qui rapportent que plus de la moitié des intervenants sportifs perçoivent leurs interventions auprès de cette clientèle comme inefficaces ou inadéquates (Wojtowicz, Alberga, Parsons et von Ranson, 2015) et que le manque de connaissances des médecins de famille conduit à des délais dans le diagnostic et la prise en charge des personnes ayant un TCA (Schmidt, Brown, McClelland, Glennon et Mountford, 2016). De plus, selon la perspective de psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux, d'infirmières et d'ergothérapeutes, bien qu'un effort soit fait pour implanter les meilleures pratiques dans leurs interventions, celles-ci, notamment la thérapie cognitivo-comportementale (Turner, Tatham, Lant, Mountford et Waller, 2014), ne sont pas réalisées de manière compétente, en raison de leur manque d'expérience et de formation (Bernacchi, 2017; Choate, Hermann, Polte et Manton, 2013). En bref, les écrits indiquent que la pratique compétente peut être mise en péril par les nombreuses comorbidités associées aux TCA et par le manque de formation spécifique des intervenants.

2.3.1.4 Pratique centrée sur le client non actualisée

Plusieurs écrits relèvent que la pratique centrée sur le client est actualisée, mais dans une moindre mesure dans l'intervention auprès de personnes présentant un TCA (Fedysyn et Sullivan, 2007; Lask, 2015; Manley, Smye et Srikameswaran, 2001). Selon la perspective de la psychologie, la pratique auprès de cette clientèle est affectée par des préjugés entretenus par les intervenants par rapport aux troubles de santé mentale et aux individus qui en souffrent (Fedysyn et Sullivan, 2007). Ces préjugés, notamment la perception que ces clients sont inconscients de leur condition ou irrationnels, mettent en péril l'actualisation de plans d'interventions individualisés (Fedysyn et Sullivan, 2007). Par exemple, un phénomène « d'homogénéisation de la femme anorexique » est observé, en ce sens qu'une approche centrée sur les symptômes est souvent favorisée, au détriment de l'approche centrée sur le client, puisque la croyance dominante est que les personnes anorexiques devraient toutes bénéficier des mêmes interventions (Fedysyn et Sullivan, 2007). La perspective de l'ergothérapie appuie celle de la psychologie, en plaidant pour l'actualisation de la pratique centrée sur le client malgré les difficultés induites par la présence de distorsions cognitives chez les clients (Monthuy-Blanc et al., 2018). Selon une perspective philosophique et féministe, le discours des intervenants, qui permettent aux clients, insistent pour certaines composantes du

traitement ou les perçoivent comme résistants (Lask, 2015), révèlent que les intervenants adoptent encore de nos jours des attitudes paternalistes lorsqu'ils interviennent avec des personnes présentant un TCA. En plus de ces attitudes paternalistes, le phénomène de la « perte de voix » (Gilligan et al, 1991 cités dans Manley, Smye et Srikameswaran, 2001) pourrait expliquer que la pratique centrée sur le client est plus difficile avec les jeunes filles, qui représentent une grande partie de la population clinique en TCA. Selon ce phénomène, celles-ci ont plus de difficultés à exprimer leurs souhaits et leurs préoccupations, notamment parce qu'elles ont été habituées à ce que les autres parlent pour elles (Gilligan et al, 1991 cités dans Manley, Smye et Srikameswaran, 2001), ce qui fait que les cliniciens ont tendance à moins considérer leurs points de vue. En somme, bien que la pratique centrée sur le client soit une valeur phare de plusieurs professions de la santé, elle est difficilement actualisée auprès de la clientèle présentant un TCA selon les écrits.

2.3.2 Enjeux éthiques liés à la multidisciplinarité

Selon certains écrits, la collaboration multidisciplinaire est une source d'enjeux éthiques pour les professionnels qui pratiquent auprès de la clientèle ayant un TCA (Warren, Crowley, Olivardia et Schoen, 2009). Le principal enjeu éthique décrit est la difficulté qu'ont les intervenants à actualiser certaines de leurs valeurs professionnelles au sein d'équipes multidisciplinaires (Devery, Scalan et Ross, 2018; Kendall et Hugman, 2016) (voir la Figure 1). D'une part, l'organisation des services au sein des équipes peut expliquer cet enjeu. Selon la perspective de l'ergothérapie, les approches et interventions centrées sur l'occupation ne sont pas valorisées ni priorisées au sein des équipes multidisciplinaires, bien que l'occupation soit une valeur fondamentale de cette profession (Devery, Scalan et Ross, 2018). Cela fait en sorte que les ergothérapeutes sont déchirés entre l'adoption des approches et des interventions qui sont valorisées par l'équipe et l'actualisation d'intervention en lien avec leurs valeurs professionnelles (Devery, Scalan et Ross, 2018). D'autre part, bien que plusieurs auteurs mentionnent que la délibération éthique est facilitée lorsqu'elle est réalisée en équipe multidisciplinaire (Lopez, Yager et Feinstein, 2010; Manley, Smye et Srikameswaran, 2001; Spotts-De Lazzer et Mulhheim, 2016; Williams et Haverkamp, 2010), le contexte multidisciplinaire fait en sorte qu'il peut être difficile pour certains professionnels de parler de leurs valeurs (Kendall et Hugman, 2016). Selon la perspective du travail social, la structure de l'équipe multidisciplinaire fait en sorte qu'un ou des membres détiennent souvent le statut d'expert (Kendall et Hugman, 2016), notamment les

médecins (Monthuy-Blanc, Plouffe, Thibault, Dupont et Dagenais, 2016), ce qui peut contraindre la délibération, car un statut épistémique privilégié est donné à cette personne au détriment des autres membres de l'équipe. De ce fait, les membres de l'équipe multidisciplinaire ont une motivation à exprimer des connaissances ou des valeurs s'accordant à celles de l'expert lors de la délibération éthique, et ce, pour sécuriser leur statut ou se protéger de la critique (Kendall et Hugman, 2016). Cela peut donc rendre difficile l'expression de valeurs professionnelles divergentes de celles de l'expert, notamment la valeur qu'est l'*empowerment*, chère à la discipline du travail social (Kendall et Hugman, 2016). Somme toute, les écrits recensés montrent qu'il est plus difficile pour les intervenants d'actualiser leurs valeurs professionnelles lorsqu'ils pratiquent au sein d'équipes multidisciplinaires, car le pouvoir n'est pas partagé également entre les membres de l'équipe.

2.3.3 Enjeux éthiques relatifs au contexte sociétal

Des enjeux éthiques mettant en péril la justice sociale, voire la justice distributive, sont aussi discutés par certains auteurs dans le contexte de l'intervention avec les personnes présentant un TCA (Bernacchi, 2017; Russel-Mayhew et Grace, 2016; Schmidt, Brown, McClelland, Glennon et Mountford, 2016; Wilson, 2004; Wojtowicz, Alberga, Parsons et Von Ranson, 2015). Selon la perspective du travail social et de la psychologie, l'intervention auprès de personnes présentant un TCA devrait aussi s'attarder aux structures sociales oppressives et sexistes qui contribuent à l'apparition et au maintien de ces troubles (Bernacchi, 2017; Piran, 2010). Même si les TCA sont grandement influencés par le contexte social, les professionnels de la santé limitent leurs interventions à la sphère de l'individu, voire tiennent les clients responsables de leurs symptômes (Bernacchi, 2017; Wilson, 2004), ce qui n'est pas éthique selon Russel-Mayhew et Grace (2016). De fait, ces auteurs suggèrent de mettre davantage l'accent sur les enjeux de genres et de pouvoir dans le cadre d'interventions plus larges. Or, bien que les travailleurs sociaux souhaitent intervenir au-delà du contexte clinique pour plus de justice sociale, puisque cette valeur est chère à leur profession, ce n'est pas toujours possible en raison de barrières organisationnelles (Bernacchi, 2017). En outre, selon la perspective des écrits en médecine, en travail social et en philosophie, l'accessibilité aux services est compromise en raison des temps d'attente souvent très longs pour obtenir un suivi, de transitions inadéquates entre les services ou de services qui ne sont pas culturellement adaptés (Bernacchi, 2017; MacDonald, 2011; Schmidt, Brown, McClelland,

Glennon et Mountford, 2016). Tout compte fait, les écrits soulignent que l'inaction des professionnels et des institutions face au contexte social sexiste influençant l'apparition des TCA et face au manque d'accessibilité des services met en péril la justice sociale.

2.3.4 Pistes de solution aux enjeux éthiques

Les écrits recensés répertorient quelques pistes de solutions pour appuyer les professionnels dans la résolution des enjeux éthiques que soulèvent les interventions auprès de la clientèle ayant un TCA. Tout comme les enjeux éthiques, celles-ci sont de relatives aux individus, aux institutions et à la société dans son ensemble (Glaser, 1994) (voir la Figure 3).



Figure 3. Pistes de solutions aux enjeux éthiques recensées dans les écrits

Des pistes de solution, qui relèvent des personnes et de leurs interactions, sont documentées dans les écrits. La plus citée est le recours des cliniciens à de la supervision par des pairs (Bernacchi, 2017; Choate, Hermann, Polte et Manton, 2013; Devery, Scalan et Ross, 2018; Faith, Pinhas, Schmelefske et Bryden, 2003; Warren, Crowley, Olivardia et Schoen, 2009; Wright et Schroeder, 2016). Selon les perspectives recensées, la supervision permet d'assurer une pratique

plus compétente des cliniciens, notamment chez les moins expérimentés (Bernacchi, 2017; Choate, Hermann, Polte et Manton, 2013; Devery, Scalan et Ross, 2018), mais aussi de discuter, voire d'aider à résoudre certains enjeux éthiques vécus avec la clientèle (Devery, Scalan et Ross, 2018; Faith, Pinhas, Schmelefske et Bryden, 2003; Wright et Schroeder, 2016). Par contre, des auteurs mentionnent que l'accès à de la supervision disciplinaire dans le domaine des TCA peut être un défi, notamment en ergothérapie où la pratique avec les TCA est une pratique moins fréquente (Devery, Scalan et Ross, 2018). Également, quelques auteurs suggèrent que l'utilisation de stratégies de pratique réflexive par les cliniciens soutient une pratique respectueuse de l'éthique (Choate, Hermann, Polte et Manton, 2013; Fedysyn et Sullivan, 2007). Il est aussi décrit que ces stratégies permettent aux cliniciens de réfléchir à leurs propres valeurs, croyances et attitudes envers l'alimentation, le poids et l'apparence, pour mieux comprendre leur influence sur les enjeux éthiques qu'ils vivent (Choate, Hermann, Polte et Manton, 2013; Wojtowicz, Alberga, Parsons et von Ranson, 2015). La formation continue, par rapport aux TCA et à l'éthique, est aussi identifiée comme incontournable dans les écrits (Bernacchi, 2017; Choate, Hermann, Polte et Manton, 2013; Wojtowicz, Alberga, Parsons et von Ranson, 2015). En outre, la référence à des professionnels plus compétents lorsqu'une situation dépasse le champ de compétence des cliniciens est identifiée comme une solution (Choate, Hermann, Polte et Manton, 2013; Manley, Smye et Srikameswaran, 2001; Wojtowicz, Alberga, Parsons et von Ranson, 2015).

Des pistes de solution, relevant du milieu de travail ou de l'organisation du travail, sont aussi abordées dans les écrits. D'une part, plusieurs auteurs soutiennent qu'un modèle triadique de prise de décision, impliquant un ou des professionnels, le client et ses proches, doit être implanté dans les milieux cliniques pour permettre une communication soutenue et transparente entre tous les acteurs concernés (Faith, Pinhas, Schmelefske et Bryden, 2003; Giordano, 2010; Lopez, Yager et Feinstein, 2010; Manley, Smye et Srikameswaran, 2001; Norrington, Stanley, Tremlett et Birrel, 2010). Par son approche collaborative, il est évoqué que ce modèle permet de rendre la résolution des enjeux éthiques acceptable pour tout le monde (Giordano, 2010; Norrington, Stanley, Tremlett et Birrel, 2010). De même, ces auteurs et quelques autres revendiquent d'accorder une plus grande place aux clients dans les prises de décision les concernant (Faith, Pinhas, Schmelefske et Bryden, 2003; Fedysyn et Sullivan, 2007; Kendall et Hugman, 2016; Lopez, Yager et Feinstein, 2010; Manley, Smye et Srikameswaran, 2001; Norrington, Stanley, Tremlett et Birrel, 2010). D'autre

part, il est proposé par plusieurs d'utiliser des modèles guidant, structurant et formalisant la délibération éthique (Choate, Hermann, Polte et Manton, 2013; Faith, Pinhas, Schmelefske et Bryden, 2003; Kendall et Hugman, 2016; Manley, Smye et Srikameswaran, 2001; Matusek et Wright, 2010). Les différents modèles proposent des étapes pour résoudre les enjeux éthiques (Choate, Hermann, Polte et Manton, 2013; Matusek et Wright, 2010), des cadres théoriques (Kendall et Hugman, 2016) ou des stratégies facilitant la délibération éthique, par exemple d'utiliser un support visuel, d'évaluer la prise de décision éthique ou de désigner un médiateur (Faith, Pinhas, Schmelefske et Bryden, 2003; Manley, Smye et Srikameswaran, 2001). Aussi, plusieurs auteurs soulignent qu'un comité d'éthique clinique doit être consulté lorsque les cliniciens rencontrent des enjeux éthiques complexes et difficiles à gérer (Giordano, 2010; Lopez, Yager et Feinstein, 2010).

Enfin, quelques pistes de solution, relevant des lois, des normes, des politiques ou de la société dans son ensemble, sont également mentionnées dans les écrits pour résoudre les enjeux relatifs à la justice sociale. Il est notamment proposé que les cliniciens plaident davantage auprès des gouvernements pour des politiques soutenant l'égalité des genres dans la société (Bernacchi, 2017). De plus, plusieurs auteurs jugent que des programmes de prévention, incluant une perspective féministe des TCA et, plus largement, la promotion d'images corporelles saines et diversifiées, sont nécessaires afin d'assurer plus de justice sociale (Bernacchi, 2017; Piran, 2010; Russel-Mayhew et Grace, 2016).

Tels sont donc les enjeux éthiques de la pratique auprès de personnes ayant un TCA documentés dans les écrits ainsi que les pistes de solution proposées pour les résoudre. La section suivante porte sur la notion de transdisciplinarité ainsi que les enjeux éthiques que cette approche collaborative soulève, et ce, avant de spécifier les questions et les objectifs de la présente recherche.

2.4 Enjeux éthiques liés à la transdisciplinarité

La nécessité de recourir à des professionnels de plusieurs disciplines pour traiter les personnes présentant un TCA est claire dans les écrits (APA, 2006; Monthuy-Blanc et al., 2018; Williams et Haverkamp, 2010). La transdisciplinarité, de par le haut degré de synergie qu'elle

implique entre les professionnels, est associée à une meilleure efficacité des services en termes de coûts et de retombées pour les clients ayant des problématiques complexes (Cartmill, Skolaridis et Cassidy, 2011; Choi et Pak, 2006). De fait, ce type de pratique est une avenue intéressante pour intervenir auprès des personnes présentant un TCA (Monthuy-Blanc et al., 2016). Or, contrairement à la multidisciplinarité et à l'interdisciplinarité où l'expertise des professionnels de différentes disciplines s'additionne au sein d'une équipe, la transdisciplinarité implique que les professionnels transcendent les frontières traditionnelles de leurs disciplines respectives, en s'échangeant leurs connaissances et leurs compétences (D'amour Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez et Beaulieu, 2005). En raison de la complexité induite par cette caractéristique, plusieurs auteurs estiment que ce modèle collaboratif, bien que souhaitable, est difficile à implanter en pratique (Cartmill, Skolaridis et Cassidy, 2011; Couturier et Belzile, 2018; Van Bower, 2017).

À notre connaissance, aucune étude ne discute des difficultés, voire des enjeux éthiques, de la collaboration transdisciplinaire dans le contexte de l'intervention auprès de personnes présentant un TCA. Par contre, Evans (2017) discute de difficultés ayant émergé de son expérience au sein d'une équipe transdisciplinaire dans le domaine de la réadaptation pédiatrique. Sa réflexion critique met en évidence que des barrières individuelles et organisationnelles peuvent mettre en péril l'actualisation de la pratique compétente par les professionnels pratiquant au sein d'équipes transdisciplinaires. Selon elle, la formation disciplinaire des intervenants ainsi que leur expertise teintent inévitablement leurs interventions, malgré le contexte transdisciplinaire. Par exemple, elle remarque qu'au sein de son équipe, les plans d'interventions coordonnés par des professionnels de la santé étaient davantage centrés sur l'amélioration du fonctionnement de l'enfant, alors que ceux coordonnés par des intervenants issus des services sociaux se concentraient davantage sur l'inclusion sociale des enfants et de leurs familles. Aussi, elle mentionne que l'implantation de la transdisciplinarité nécessite que les membres de l'équipe aient de nombreuses opportunités pour discuter des cas, transférer leurs connaissances entre eux et gérer les conflits interdisciplinaires. Or, dans son équipe, ces opportunités étaient rares et peu structurées, ce qui ne permettait pas aux intervenants d'avoir accès aux connaissances et aux conseils des professionnels des autres disciplines. Pour ces deux raisons, Evans (2017) rapporte que les intervenants peuvent se sentir incompetents, voire en détresse, lorsqu'ils pratiquent au sein d'équipes transdisciplinaires. Dans ces cas, la valeur de la pratique compétente est mise en péril puisque les professionnels sont

conscients que les interventions qu'ils offrent sont teintées de leur champ disciplinaire, alors que l'expertise de plusieurs disciplines est nécessaire pour répondre adéquatement aux besoins des clients.

Quelques pistes de solution sont proposées dans les écrits pour assurer une collaboration optimale et des interventions de qualité au sein d'équipes transdisciplinaires. Il est notamment suggéré que des objectifs communs soient partagés par tous les membres de l'équipe en vue de l'intervention auprès des clients, qu'une communication constante et efficace axée sur le consensus ait lieu entre les membres de l'équipe et que la structure organisationnelle appuie l'apprentissage et la synergie entre les professionnels (Cartmill, Skolaridis et Cassidy, 2011; Shaw, Walker et Hogue, 2008).

2.5 Questions et objectifs de recherche

Comme vu antérieurement, la pratique auprès de personnes présentant un trouble du comportement alimentaire soulève des enjeux éthiques. Aussi, ces enjeux sont documentés majoritairement selon des perspectives disciplinaires et, dans une moindre mesure, multidisciplinaires. Or, le modèle de collaboration transdisciplinaire se différencie grandement de ces deux perspectives puisqu'il implique que les professionnels transcendent les frontières entre leurs disciplines respectives. De plus, bien que des auteurs indiquent que la transdisciplinarité facilite l'intervention auprès de clientèle ayant des problématiques complexes, certains écrits suggèrent que l'implantation de ce modèle collaboratif est difficile (Couturier et Belzile, 2018; Cartmill, Skolaridis et Cassidy, 2011) et qu'il peut engendrer des situations induisant des enjeux éthiques (Evans, 2017). Tenant compte de la complexité de la pratique auprès des personnes ayant un TCA, des enjeux éthiques que celle-ci pose et de la possibilité que la transdisciplinarité soit une avenue intéressante pour intervenir auprès de cette clientèle, les questions de recherche à l'origine de cet essai sont les suivantes : Quels sont les enjeux éthiques liés à l'intervention auprès de personnes présentant un TCA selon des intervenants travaillant en transdisciplinarité? Quels sont les enjeux éthiques de la transdisciplinarité dans le contexte de la pratique auprès de personnes présentant un TCA selon les intervenants qui ont l'expérience de cette pratique? Quels moyens les intervenants ayant l'expérience de cette pratique utilisent-ils ou envisagent-ils pour surmonter ces enjeux ? Il s'ensuit que les objectifs de la recherche sont : 1) d'explorer les enjeux éthiques

rencontrés par une équipe transdisciplinaire qui intervient auprès de personnes présentant un TCA, que ces enjeux soient liés à l'intervention en tant que telle ou à la transdisciplinarité; et 2) d'identifier les moyens que les intervenants de cette équipe utilisent ou envisagent pour surmonter ces enjeux.

2.6 Pertinences scientifique, professionnelle et sociale de l'étude

Premièrement, cette étude est pertinente d'un point de vue scientifique puisqu'elle permettra de documenter les enjeux éthiques relatifs à la pratique transdisciplinaire auprès des personnes présentant un TCA, lesquels n'ont pas à ce jour été documentés. En d'autres mots, les enjeux éthiques de la pratique auprès de cette clientèle ne sont pas décrits, à l'heure actuelle, dans le contexte de la pratique transdisciplinaire, d'où l'intérêt de cette recherche qui contribuera au développement des connaissances en éthique appliquée dans ce domaine de la pratique en santé mentale. Dans le contexte où la transdisciplinarité constitue un nouveau paradigme de collaboration interprofessionnelle qui est estimé dans les écrits comme le plus efficace pour traiter des personnes ayant des problématiques de santé complexes (Cartmill, Skolaridis et Cassidy, 2011), telles que les TCA (Monthuy-Blanc et al. 2016), il s'avère judicieux d'examiner les dimensions éthiques de cette pratique. Considérant que les politiques publiques adoptent des stratégies qui favorisent l'efficacité des services (Evans, 2017; Shaw, Walker et Hogue, 2008), il apparaît juste de penser que davantage de professionnels seront appelés à pratiquer au sein d'équipes transdisciplinaires au cours des prochaines années, notamment dans le domaine des TCA. De ce fait, il importe de porter un regard critique, voire éthique sur ce contexte de pratique.

Deuxièmement, il s'ensuit que d'un point de vue professionnel, cette étude est pertinente puisque les professionnels qui interviennent auprès de personnes présentant un TCA rencontrent fréquemment des enjeux éthiques (Matussek et Wright, 2010; Manley, Smye et Srikameswaran, 2001). De plus, des écrits montrent que les enjeux éthiques non résolus, notamment ceux liés à la résistance au traitement, à la difficulté à actualiser ses valeurs professionnelles considérées importantes et à la collaboration interprofessionnelle, amènent de la dissonance émotionnelle, un plus faible bien-être au travail et de la détresse psychologique chez les intervenants (Devery, Scalan et Ross, 2018; Evans, 2017; Wright et Schroeder, 2016). Considérant ces conséquences négatives, la description de manières de solutionner ces enjeux, que celles-ci soient utilisées ou

envisagées par les professionnels, est pertinente pour habilitier les professionnels à mieux agir lorsqu'ils rencontrent des enjeux éthiques complexes.

Enfin, d'un point de vue social, cette étude est pertinente puisque les enjeux éthiques peuvent mettre en péril certains droits fondamentaux des clients (Fedysyn et Sullivan, 2007; Lask, 2015; MacDonald, 2002). Autrement dit, tous les clients qui reçoivent des services de santé ont des droits, mais ceux-ci sont susceptibles d'être bafoués lors de la survenue d'enjeux éthiques mal résolus, notamment en raison de leur position de vulnérabilité face aux thérapeutes (Drolet, 2014; Legault, 2008). En effet, les écrits recensés indiquent par exemple que le droit des clients à recevoir des services personnalisés, humains et de qualité sur les plans scientifiques et éthiques peut être mis en péril lors de la survenance d'enjeux éthiques (Bernacchi, 2017; Choate, Hermann, Polte et Manton, 2013; Fedysyn et Sullivan, 2007; Lask, 2015; MacDonald, 2002). Plus encore, des écrits attestent que certains de ces enjeux contribuent à perpétuer des préjugés stigmatisant les personnes atteintes d'un TCA ou à rendre les services inaccessibles pour certains individus (Bernacchi, 2017; Fedysyn et Sullivan, 2007, MacDonald, 2011). De ce fait, il est souhaité que cette étude puisse sensibiliser les professionnels à la présence d'enjeux éthiques dans le cadre du travail transdisciplinaire ainsi qu'à leurs possibles impacts négatifs sur la clientèle atteinte de TCA, de façon à ce qu'ils mettent en place des pratiques professionnelles respectueuses des droits à la santé et à la dignité des clients. L'acquisition par les intervenants du regard critique et réflexif qu'implique l'éthique pourrait bonifier leurs pratiques professionnelles et organisationnelles, en plus de contribuer à davantage de justice sociale, ce qui inclut entre autres les justices distributive, épistémique et occupationnelle.

Somme toute, cette étude contribuera au développement de connaissances en éthique appliquée dans le domaine de la santé mentale, sera une occasion pour réfléchir sur le travail transdisciplinaire à partir d'une perspective éthique et visera à ce que les droits fondamentaux des personnes ayant un TCA soient au cœur des interventions qui leur sont proposées.

3. CADRE CONCEPTUEL

Cette section présente les assises théoriques de cet essai. En effet, les différents concepts nécessaires à la compréhension de la perspective utilisée dans cette étude y sont définis. Dans un premier temps, la transdisciplinarité est définie et différenciée des autres types de pratique collaborative. Dans un deuxième temps, des notions éthiques sont clarifiées. Spécifiquement, l'éthique est distinguée de la morale, du droit et de la déontologie professionnelle selon la définition de Drolet (2014), la typologie des enjeux éthiques de Swisher, Arslanian et Davis (2005) est présentée et les trois domaines de l'éthique de Glaser (1994) sont exposés.

3.1 Notion de transdisciplinarité

Considérant que la transdisciplinarité est au cœur de cette étude, il est nécessaire de la définir. Plusieurs définitions sont proposées dans les écrits relatifs à la recherche et à la pratique clinique. Une recension de ces définitions a donc été réalisée afin d'identifier les caractéristiques principales de cette façon de collaborer. Le tableau 1 présente une synthèse de certaines de ces définitions et des attributs de la transdisciplinarité qui émergent de celles-ci.

Tableau 2. *Définition de la transdisciplinarité selon divers auteurs de la plus ancienne à la plus récente*

Références	Définitions	Attributs
Piaget (1972, p. 144)	« À l'étape des relations interdisciplinaires, on peut espérer voir succéder une étape supérieure qui serait "transdisciplinaire", qui ne se contenterait pas d'atteindre des interactions ou des réciprocités entre recherches spécialisées, mais situerait ces liaisons à l'intérieur d'un système total sans frontière stable entre les disciplines. »	Transcendance des frontières disciplinaires
Rosenfield (1992) citée dans Van Bower (2017, p. 342, traduction libre)	« Les projets transdisciplinaires sont ceux dans lesquels des chercheurs de différents domaines travaillent non seulement sur un problème commun, mais créent aussi un modèle conceptuel du problème qui intègre et transcende toutes leurs perspectives disciplinaires. »	Modèle conceptuel transdisciplinaire
Flinterman et al. (2001, p. 257, traduction libre)	« La transdisciplinarité est une forme spécifique de l'interdisciplinarité dans laquelle les frontières entre et au-delà des disciplines sont transcendées et les savoirs et perspectives de différentes disciplines scientifiques et non scientifiques sont intégrés. »	Intégration de perspectives scientifiques et non scientifiques
D'amour et al. (2005, p. 120, traduction libre)	« Un modèle transdisciplinaire réfère à un type de pratique professionnelle où la recherche de consensus et l'ouverture des territoires professionnels jouent un grand rôle. Il implique que les frontières disciplinaires deviennent floues ou disparaissent et que les travailleurs qui s'échangent leurs connaissances, leurs compétences et leurs expertises. »	Partage de connaissances, de compétences, d'expertise et de la prise de décision entre les membres d'une équipe
Nicolescu (2011, p. 96)	« La transdisciplinarité concerne, comme le préfixe latin <i>trans</i> l'indique, ce qui est à la fois entre les disciplines, à travers les différentes disciplines et au-delà de toute discipline. Sa finalité est la compréhension du monde présent, dont un des impératifs est l'unité de la connaissance. »	Comprendre des problématiques concrètes, voire complexes
Monthuy-Blanc et al. (2016, p. 81)	« La transdisciplinarité [implique] que les différents intervenants partagent une épistémologie commune [du problème d'intérêt] dans une visée de transfert et de partage d'expertise, avec une attention centrée sur l'individu. Plus concrètement, les intervenants [...] doivent offrir des interventions de façon indifférenciée et interchangeable, excepté pour les actes réservés relatifs à un ordre professionnel. »	Inclut tous les attributs

Ces différentes définitions permettent d'identifier les attributs qui caractérisent la transdisciplinarité. En effet, la transcendance des frontières disciplinaires au sein d'une équipe, notamment par la création d'un modèle conceptuel transdisciplinaire et par le partage de connaissances et de compétences entre les professionnels, est la caractéristique principale de ce type de pratique collaborative (Van Bower, 2017). Cette caractéristique implique que les

professionnels se dégagent de leurs rôles stéréotypés et du langage spécifique à leur discipline (Van Bower, 2017). De fait, au lieu d'intervenir seulement en fonction de leurs propres champs d'expertise disciplinaires, ils transmettent l'expertise de l'ensemble de l'équipe dans leurs interventions (NDIA, 2014, cité dans Evans, 2017). Conséquemment, il n'y a pas de hiérarchie entre les membres d'équipes transdisciplinaires (Van Bower, 2017). De plus, chaque équipe transdisciplinaire se concentre sur une problématique de santé concrète et intègre des perspectives variées pour générer des solutions, notamment celle des clients (Van Bower, 2017). Ainsi, dans cet essai critique, la définition proposée par Monthuy-Blanc et ses collaborateurs (2016) a été sélectionnée pour définir la transdisciplinarité puisqu'elle inclut l'ensemble des attributs identifiés lors de la recension des écrits et est appliquée à la pratique clinique dans un contexte québécois.

Pour clarifier le concept transdisciplinarité, il est aussi pertinent de le comparer aux autres modèles collaboratifs utilisés par les professionnels de la santé, notamment la multidisciplinarité et l'interdisciplinarité. Plusieurs taxinomies sont proposées dans les écrits, notamment celles de Rosenfield (1992) et de Young (1998). Or, Choi et Pak (2006) proposent une métaphore alimentaire (voir la Figure 4) originale et particulièrement évocatrice pour illustrer les différences entre ces concepts. Notre illustration de cette métaphore est présentée ci-dessous.



Figure 4. Métaphore des différents modèles de collaboration interdisciplinaire selon Choi et Pak (2006)

Selon ces auteurs, le modèle multidisciplinaire se compare à une salade, en ce sens que les ingrédients qui la composent, à l'image des disciplines qui composent une équipe, restent intacts et clairement distinguables. Comme l'exprime le préfixe *multi*, les différentes disciplines s'additionnent au sein des équipes multidisciplinaires, mais les professionnels y travaillent en

parallèle, c'est-à-dire qu'ils maintiennent leurs rôles disciplinaires pour répondre à des objectifs spécifiques (Choi et Pak, 2006). Le modèle interdisciplinaire se compare plutôt à un mijoté, puisque les ingrédients sont partiellement distinguables et liés entre eux (Choi et Pak, 2006). De fait, au sein d'équipes interdisciplinaires, les différentes disciplines sont liées entre elles par l'atteinte d'objectifs communs. De plus, bien qu'ils maintiennent leurs rôles disciplinaires, l'action des professionnels est coordonnée. Quant au modèle transdisciplinaire, il se compare à un gâteau puisque les ingrédients sont intégrés et unifiés pour former un produit différent et plus complexe qu'à leur état d'origine (Choi et Pak, 2006). En effet, à l'instar des ingrédients, il n'est pas possible de reconnaître les différentes disciplines au sein de l'équipe transdisciplinaire puisqu'elles sont intégrées, voire transcendées par le cadre conceptuel transdisciplinaire. Il s'ensuit que les professionnels pratiquent selon une approche unifiée, qui les amène à transcender les frontières de leurs disciplines. Il est à noter que l'ensemble de ces modèles de collaboration, le savoir expérientiel du client est en quelque sorte considéré comme une discipline à part entière qui doit être intégrée à l'équipe.

3.2 Notions éthiques

3.2.1 Définition de l'éthique

Avant d'aborder la notion d'enjeux éthiques, il importe de définir ce qu'est l'éthique. La définition de l'éthique sélectionnée dans cet essai est celle de Drolet (2014) compte tenu de son applicabilité à la pratique clinique et de sa cohérence avec l'objectif de cette étude. En effet, selon Drolet (2014), l'éthique est « une réflexion rationnelle et critique qui a pour objet d'étude les valeurs, les vertus, les principes et les normes du vivre ensemble en société » (p. 23). En tant que discipline de la philosophie (Provencher, 2008; Weinstock, 2006), l'éthique se distingue de la morale, du droit et de la déontologie professionnelle (Drolet, 2014). Il est donc nécessaire de différencier l'éthique de ces trois autres disciplines normatives.

D'abord, l'éthique se distingue de la morale. En effet, la morale se base sur des traditions, des croyances ou des coutumes souvent religieuses, alors que l'éthique relève pour sa part de la philosophie (Drolet, 2014). Aussi, tandis que la morale prescrit des règles de conduite d'une manière absolue, « l'éthique se base plutôt sur des arguments et des postulats rationnels afin de formuler les principes qu'elle recommande » (Drolet, 2014, p. 26). De fait, l'éthique peut être

perçue comme une réflexion critique sur la morale, puisque même si les règles morales visent aussi le bien et le juste, elles n'y parviennent pas toujours (Drolet, 2014).

Ensuite, l'éthique est différente du droit. Le droit énonce, sous forme de lois, ce qu'il est permis, obligatoire ou interdit de faire dans une société donnée, tandis que l'éthique n'entend pas fixer pas une fois pour toutes ces notions (Drolet, 2014). De plus, le droit dispose d'un appareil coercitif qui prévoit « des sanctions socialement organisées » (Drolet, 2014, p. 33) lorsque les individus ne respectent pas les lois, ce qui n'est pas le cas pour l'éthique. Également, il ne suffit pas de respecter les lois en vigueur sur son territoire pour agir conformément à l'éthique, et ce, puisque certaines lois peuvent être considérées comme injustes (Drolet, 2014). L'éthique entretient donc un rapport critique au droit « permettant de juger de l'équité et de la justesse des lois » (Drolet, 2014, p. 32).

Enfin, bien qu'apparentées puisque la déontologie professionnelle a des assises éthiques, l'éthique et la déontologie professionnelle sont aussi deux choses distinctes. « La déontologie professionnelle correspond à un ensemble de règles qui énonce des devoirs professionnels » (Drolet, 2014, p. 35). En ce sens, la déontologie professionnelle relève davantage du droit que de l'éthique, car les exigences de l'éthique peuvent dépasser les règles énoncées dans les codes de déontologies professionnelles, qui visent premièrement à assurer une certaine qualité des services professionnels et à protéger le public (Drolet, 2014). Bien que ces visées puissent être de nature éthique, il reste que le non-respect de règles déontologiques est souvent associé à des sanctions, notamment celles organisées par les différents ordres professionnels, ce qui n'est pas le cas pour les normes éthiques (Drolet, 2014, p. 37). Comme il a été précisé au sujet de la morale et du droit, l'éthique entretient aussi un rapport critique à la déontologie professionnelle.

En bref, l'éthique est une discipline exigeante puisqu'elle « invite toute personne dans une réflexion qui évolue et qui ne saurait rester figée » (Drolet, 2014, p. 43) par rapport à la conduite de la vie bonne et juste en présence des autres. En effet, l'éthique réfère à des valeurs et à des principes qui permettent aux individus de réfléchir de façon rationnelle et critique à leurs actions, et ce, par-delà les différentes normes sociales (Drolet, 2014). En ce sens, l'éthique porte un regard critique sur la morale, le droit et la déontologie professionnelle, sans être ni supérieure ni inférieure

à ces autres disciplines normatives. Somme toute, l'éthique vise au final à déterminer l'essence du bien et du juste, tandis que la morale propose une certaine vision du bien et que le droit et la déontologie professionnelle articulent une vision particulière du juste (Provencher, 2008; Weinstock, 2006).

3.2.2 Typologie des enjeux éthiques

Dans le cadre de cet essai, la typologie de Swisher, Arslanian et Davis (2005) a été sélectionnée pour approfondir le concept d'enjeu éthique. Cette typologie décrit cinq situations éthiques susceptibles de se produire dans la pratique clinique, ce qui la rend cohérente avec les objectifs de cette étude. La première catégorie conceptuelle de cette typologie, l'enjeu éthique, est définie comme une situation où au moins une valeur considérée souhaitable est compromise (Swisher Arslanian et Davis, 2005). Elle englobe les quatre autres catégories, à savoir : le dilemme éthique, la tentation éthique, le silence éthique et la détresse éthique.

Le dilemme éthique correspond à une situation où au moins deux biens éthiques, c'est-à-dire au moins deux possibilités d'actions légitimes et désirables, ne sont pas conciliables (Swisher Arslanian et Davis, 2005). En d'autres mots, plusieurs valeurs s'opposent dans ces situations. Alors, le professionnel est contraint d'actualiser certaines valeurs au détriment d'autres, puisqu'il n'est pas possible pour lui de les actualiser en même temps.

La tentation éthique réfère à une situation où un bien éthique s'oppose à un « mal » éthique et où il est tentant pour le professionnel de choisir le « mal » éthique, en raison des bénéfices personnels qu'il tire de cette option (Swisher Arslanian et Davis, 2005). Il s'agit donc d'une situation où une possibilité d'action légitime et désirable s'oppose à un intérêt personnel ou organisationnel qui serait contraire à l'éthique, comme l'intérêt ou le bien-être du professionnel par exemple. Autrement dit, il s'agit d'une situation de conflit d'intérêts.

Le silence éthique est rencontré lorsqu'un ou plusieurs professionnels vivent un enjeu éthique, mais que celui-ci n'est pas discuté ni abordé avec leur milieu (Swisher Arslanian et Davis, 2005). Plus précisément, le bien éthique n'est pas respecté dans ces situations, mais personne ne l'aborde, ce qui pose problème sur le plan de l'éthique. Le silence éthique peut survenir pour

différentes raisons, notamment lorsque les professionnels ne sont pas en mesure d'identifier la source de leurs malaises ou d'en parler avec leurs collègues. Par contre, dans tous les cas, ce silence limite la résolution adéquate de la situation problématique sur le plan de l'éthique.

La détresse éthique survient lorsque le professionnel connaît l'action légitime et désirable à réaliser, mais qu'il rencontre des barrières qui l'empêchent de l'accomplir (Swisher Arslanian et Davis, 2005). Il est à noter que ces barrières sont généralement de nature organisationnelle (Jameton, 1984). De plus, Swisher et ses collaboratrices (2005) précisent que les professionnels peuvent vivre de la détresse lorsqu'ils tentent de résoudre tous types d'enjeux éthiques.

3.2.3 Trois domaines de l'éthique

Afin de situer ces différents enjeux éthiques, les trois domaines de l'éthique, tels que définis par Glaser (1994), sont présentés. Cet auteur conçoit l'éthique selon trois domaines interdépendants, mais différents : les domaines individuel, organisationnel et sociétal. Ces domaines sont illustrés par trois cercles concentriques (voir la Figure 5).

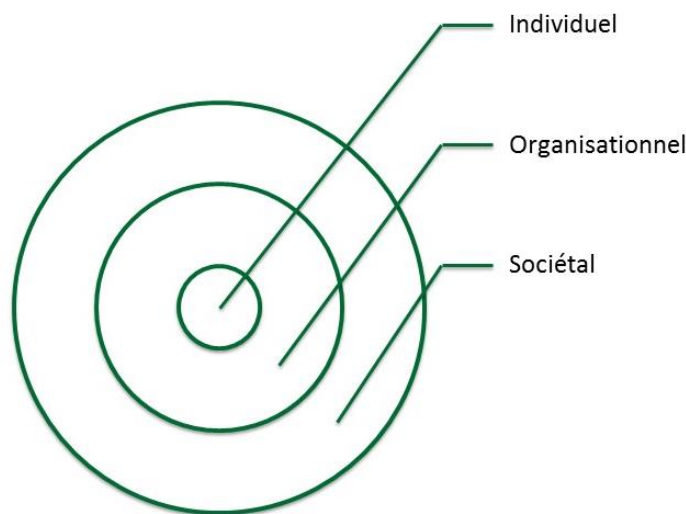


Figure 5. Les trois domaines de l'éthique selon Glaser (1994)

Selon Glaser (1994), le domaine individuel est le plus proximal à la personne qui vit l'enjeu éthique. D'une part, il regroupe les enjeux éthiques personnels, c'est-à-dire des enjeux engageant les valeurs d'une personne (Glaser, 1994). Les situations de dilemme éthique et de tentation

éthique sont des exemples de tels enjeux. D'autre part, ce domaine inclut les enjeux éthiques interpersonnels, c'est-à-dire des situations où les valeurs de deux ou de plusieurs personnes entrent en conflit (Glaser, 1994). Plus précisément, ces enjeux surviennent lorsque plusieurs valeurs sont difficilement conciliables au sein d'un groupe (dilemme éthique), ou lorsque la délibération éthique y est contrainte (silence éthique). Ce domaine de l'éthique est donc largement sollicité en éthique appliquée aux sciences de la santé (Glaser, 1994). En effet, les enjeux éthiques relatifs à la relation thérapeutique, notamment ceux mettant en péril le respect de l'autonomie, du consentement libre, éclairé et connu et de la confidentialité du client, appartiennent à ce domaine (Glaser, 1994).

Le domaine organisationnel regroupe, quant à lui, les enjeux éthiques relatifs à l'organisation des tâches et des responsabilités au sein de groupes ou d'institutions (Glaser, 1994). En effet, la culture organisationnelle ou les stratégies mises en place par les organisations pour atteindre leurs missions ou objectifs peuvent induire des enjeux éthiques, notamment vis-à-vis leurs membres. De fait, des situations de conflits entre les valeurs d'un individu et les valeurs d'une organisation à laquelle il appartient sont possibles (Glaser, 1994). Par exemple, dans le domaine de l'éthique appliquée aux sciences de la santé, les valeurs d'un professionnel de la santé peuvent s'opposer à celles de l'institution de santé qui l'emploie. Aussi, des considérations organisationnelles peuvent représenter des barrières à la résolution d'enjeux éthique (détresse éthique) ou induire des injustices envers certains de ses membres (stigmatisation, discrimination négative, iniquités, injustices épistémiques, etc.). En bref, ce domaine regroupe des situations où les valeurs d'une organisation s'opposent aux valeurs d'une personne, voire au bien éthique en général (Glaser, 1994).

Enfin, le domaine sociétal regroupe les enjeux éthiques relatifs au bien commun (Glaser, 1994). Ces enjeux éthiques concernent la distribution des ressources sociétales et tentent de répondre à la question : comment répondre aux besoins du plus grand nombre (Glaser, 1994)? Ils incluent aussi les enjeux relatifs au respect des droits fondamentaux de tous et de chacun. Par exemple, les inégalités sociales, les injustices et la stigmatisation sont des enjeux appartenant à ce domaine, voire ceux liées aux injustices sociales en général qu'elles soient de nature distributive,

épistémique ou occupationnelle. En somme, ce domaine inclut les enjeux relatifs aux responsabilités de la société envers les organisations et les individus, et vice versa.

Tels sont les principaux concepts au cœur de cette étude. La définition de la transdisciplinarité ainsi que celles de l'éthique, des différents types d'enjeux éthiques et des domaines de l'éthique permettent d'établir les assises théoriques et de baliser les concepts nécessaires à la compréhension et à l'interprétation des résultats de l'étude.

4. MÉTHODES

Cette section de l'essai présente les méthodes utilisées dans le cadre de cette étude. Précisément, le devis de recherche, les méthodes d'échantillonnage, de collecte des données et d'analyse de celles-ci, ainsi que les considérations éthiques sont présentés, et ce, suivant cet ordre.

4.1 Devis de recherche

Pour répondre aux questions de l'étude et d'atteindre les objectifs ici visés, un devis qualitatif s'inspirant de la phénoménologie descriptive du philosophe Husserl (1970, 1999) a été sélectionné. En effet, l'emploi d'un devis qualitatif est cohérent avec l'état limité des connaissances à l'égard de l'objet d'étude (Fortin et Gagnon, 2016). De plus, il s'avère pertinent de s'inspirer de la phénoménologie descriptive de Husserl puisqu'elle offre « une compréhension et une description en profondeur d'un phénomène d'intérêt » (O'Reilly et Cara, 2014, p. 30). Spécifiquement, ce devis consiste à appréhender un phénomène selon la perception et la perspective de personnes qui ont l'expérience intime de celui-ci (O'Reilly et Cara, 2014), ce qui est cohérent avec la visée de cette étude. Dans le cadre de cet essai, les phénomènes d'intérêt correspondent aux enjeux éthiques de la pratique transdisciplinaire auprès de personnes présentant un TCA et aux manières de résoudre ces enjeux. Ce devis permettra donc de décrire des enjeux éthiques peu documentés et leurs pistes de solution à partir de la perception d'intervenants qui ont l'expérience d'une telle pratique, et ce, puisque ceux-ci sont perçus comme détenteurs d'une partie importante de l'essence de ces phénomènes (Drolet et Maclure, 2016).

4.2 Échantillonnage

Puisque cette recherche s'intéresse aux perceptions d'intervenants qui pratiquent en transdisciplinarité auprès de personnes ayant un TCA, les participants devaient avoir l'expérience d'une telle pratique. Les participants ont donc été recrutés au sein d'une seule équipe transdisciplinaire intervenant en contexte externe avec une clientèle présentant un TCA de sévérité légère à modérée. Un nombre de 6 à 12 participants était souhaité comme le suggèrent Thomas et Pollio (2002) pour ce type de devis, afin d'obtenir la saturation des données.

Pour enrichir la description des phénomènes, un échantillon diversifié de participants était souhaité. Ainsi, des intervenants-professionnels et des intervenants-stagiaires ont été inclus dans cette étude. Bien que la perspective de stagiaires soit peu documentée dans les écrits, certaines études révèlent qu'ils vivent des enjeux éthiques au cours de leur formation clinique, mais qu'ils peuvent être réticents à prendre la parole par rapport à ceux-ci (Caldicott et Faben-Langendoen, 2005; Kinsella et al., 2008). Comme cette perspective est peu connue, il s'avère utile de la considérer pour répondre à la question de recherche. Le seul critère d'inclusion de cette étude était donc d'être ou d'avoir été dans la dernière année, membre de l'équipe transdisciplinaire à titre d'intervenant-professionnel ou d'intervenant-stagiaire.

Le recrutement des participants a été réalisé selon une méthode d'échantillonnage non probabiliste par choix raisonné afin de favoriser les perspectives d'intervenants d'expériences et de disciplines variées. Il s'est déroulé de décembre 2018 à mai 2019 inclusivement. Les participants potentiels ont été contactés par courriel pour leur présenter le projet de recherche et sonder leur intérêt à y participer.

4.3 Collecte des données

Dans un premier temps, des données sociodémographiques relatives aux participants ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire (voir l'Annexe B) pour que nous soyons en mesure de caractériser l'échantillon. En effet, des informations pertinentes par rapport aux caractéristiques personnelles, à la formation universitaire disciplinaire, à la formation par rapport aux TCA et à l'éthique ainsi qu'à l'expérience professionnelle des participants ont été collectées. Dans un deuxième temps, une entrevue individuelle semi-dirigée a été réalisée avec chaque participant pour recueillir leur perception des phénomènes à l'étude. Le canevas de l'entrevue, conçu aux fins de cette étude (voir l'Annexe C), se composait de trois parties et s'accordait au cadre conceptuel présenté à la section précédente. La première partie permettait au participant d'expliquer leur parcours professionnel plus en détail et d'exposer leur appréciation générale de leur pratique transdisciplinaire. Elle était destinée à rendre le participant à l'aise et à mieux situer son discours et ses perceptions. Ensuite, la deuxième partie consistait à l'interroger sur les enjeux éthiques qu'il rencontre, le cas échéant, dans sa pratique. Des questions larges et ouvertes explorant les types d'enjeux éthiques définis précédemment étaient posées afin que les intervenants puissent exprimer

librement leurs perceptions du phénomène. Quant à la troisième partie, le participant était invité à décrire les stratégies qu'il utilise ou envisage pour aborder, voire résoudre les enjeux éthiques rencontrés. Les entrevues étaient enregistrées sur une bande audionumérique pour faciliter la transcription intégrale des entretiens et avaient une durée qui se situait entre 30 et 60 minutes, dépendamment des participants.

4.4 Analyse des données

Les verbatim des entrevues ont été transcrits intégralement aux fins de l'analyse. Par la suite, une réduction phénoménologique selon la méthode proposée par Giorgi (1997) a été réalisée. Cette méthode a été privilégiée puisqu'elle découle de la phénoménologie husserlienne, de laquelle s'inspire cette étude (O'Reilly et Cara, 2014). Spécifiquement, cette méthode comprend cinq étapes : 1) la collecte de données verbales; 2) la transcription des données sous forme de verbatim et la lecture des trames narratives; 3) la division des données en unité de signification; 4) l'organisation et l'énonciation des données brutes dans le langage de la discipline; 5) la synthèse des résultats (O'Reilly et Cara, 2014). Il est à noter que l'analyse des résultats par rapport aux enjeux éthiques rencontrés a été faite en incluant tous les participants dans un même groupe, c'est-à-dire qu'aucune distinction formelle n'a été faite entre les intervenants-professionnels et les intervenants-stagiaires. Par contre, cette distinction a été faite dans l'analyse des résultats par rapport aux moyens utilisés pour résoudre ces enjeux, car des différences ont émergé pour ces aspects.

Cette méthode, soit la régression phénoménologique husserlienne, « vise à saisir et à clarifier la signification, la structure et l'essence d'un phénomène » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 366), et ce, par la mise entre parenthèses des acquis préalables du chercheur. Autrement dit, elle permet de décrire le phénomène, tout en restant fidèle aux perceptions exprimées par les participants. Elle est donc cohérente avec le devis de recherche utilisé et adéquate pour l'analyse d'entrevues individuelles. De plus, cette méthode permet d'appréhender et d'explicitier les résultats dans le langage de la discipline de l'étude, soit l'éthique appliquée à la pratique professionnelle dans le domaine de la santé et des services sociaux (O'Reilly et Cara, 2014). Pour toutes ces raisons, cette méthode d'analyse des données permet de répondre à l'objectif de cette étude, d'où notre choix. Aussi, pour assurer la rigueur, la pertinence et la validité scientifique de l'analyse, les

résultats ont été révisés par une des participantes de l'étude. Précisément, celle-ci a pu commenter une version préliminaire de la section résultat de l'essai, ce qui a permis de préciser l'analyse et de limiter les interprétations erronées de l'étudiante-chercheuse.

4.5 Considérations éthiques

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec les êtres humains de l'UQTR. Afin d'obtenir le consentement libre, éclairé et continu des participants, une lettre d'information expliquant en détail l'étude et son déroulement a été envoyée par courriel aux participants potentiels. Un formulaire de consentement a ensuite été signé par ceux souhaitant y participer. De plus, les participants pouvaient retirer leur consentement, en tout ou en partie, à tout moment. Une autre considération éthique importante, dans le contexte de cette étude, était de préserver la confidentialité des participants. En effet, considérant que l'équipe à l'étude comporte un petit nombre de membres, plusieurs informations peuvent facilement mener à leur identification. De ce fait, les verbatim des entrevues et les autres documents relatifs à l'étude ont été rendus anonymes, en retirant les noms et les disciplines des participants ainsi que toutes références à des expériences ou des contextes susceptibles de mener à l'identification des participants. Aussi, tous les extraits de verbatim inclus dans la section résultat ont été rédigés au présent, et ce, afin qu'aucune distinction ne puisse être faite entre les membres actuels et passés de l'équipe. Ces documents ont été conservés sur une clé USB protégée par un mot de passe connu seulement de l'étudiante-chercheuse et seront détruits au maximum sept ans après la fin de l'étude. Enfin, un souci éthique constant de rendre justice aux propos des participants et de soustraire les points de vue de l'étudiante-chercheuse a été observé tout au long de la conduite de ce projet de recherche.

5. RÉSULTATS

Cette section de l'essai présente les résultats de l'étude. Dans un premier temps, les caractéristiques sociodémographiques des participantes sont présentées. Dans un deuxième temps, les propos des participantes de l'étude sont regroupés par thèmes afin de décrire les enjeux éthiques qu'elles vivent dans leur pratique. Ces enjeux sont décrits de façon à mettre en évidence les valeurs qu'ils mettent en péril ainsi que leurs causes. Dans un troisième temps, les manières utilisées et envisagées par les participantes pour résoudre les enjeux éthiques vécus sont présentées. Tout au long de la présente section, des extraits de verbatim des entrevues sont présentés pour chacun des enjeux et des moyens de les résoudre afin de les illustrer, de les préciser et de rendre justice aux propos des participantes.

5.1 Description des participantes

Dix femmes intervenant ou ayant intervenu au sein d'une même équipe transdisciplinaire spécialisée en TCA ont participé à l'étude (n=10) : cinq d'entre elles à titre de stagiaires (n=5) et les cinq autres à titre de professionnelles (n=5). Les participantes sont liées à six des huit disciplines de la santé représentées dans l'équipe, soit : l'ergothérapie, la psychologie, le travail social, la psychoéducation, les sciences infirmières, la médecine, la nutrition et la chiropratique. Toutes ont reçu une formation en éthique (dans le cadre de leur cursus scolaire ou d'une formation continue), soit une formation de quelques heures (n=4) ou un cours universitaire (n=6). Afin de témoigner plus précisément de la diversité des caractéristiques des participantes, elles sont décrites selon deux sous-groupes, soit celui des stagiaires et celui des professionnelles.

Les stagiaires ayant participé à l'étude étaient pour la plupart dans un programme de cycles supérieurs et effectuaient en majorité leur dernier stage obligatoire précédant leur diplomation, lequel avait une durée variant de 210 à 480 heures. Aucune n'avait d'expérience préalable avec la clientèle atteinte d'un TCA. Les professionnelles ayant participé à l'étude avaient en moyenne 15,4 ans d'expérience dans la pratique de leur profession et avaient entre une et trois années d'expérience au sein de l'équipe transdisciplinaire; mentionnons que la majorité de ces professionnelles intervient à raison de sept heures par semaine au sein de l'équipe. Trois parmi

elles avaient une expérience préalable de travail auprès de la clientèle TCA au sein d'équipes multidisciplinaires ou interdisciplinaires.

5.2 Enjeux éthiques

L'ensemble des participantes (n=10) ont rapporté vivre des enjeux éthiques de diverses natures dans le cadre de leur pratique transdisciplinaire auprès de la clientèle TCA. Cela dit, cette section ne rapporte que les enjeux éthiques qui découlent des questions de l'étude. Mentionnons que certains des enjeux identifiés par les participantes abordaient des thèmes, tels que : l'éthique de la recherche, la formation des stagiaires, les ressources matérielles et humaines disponibles ainsi que d'autres enjeux éthiques liés à l'intervention, mais non spécifiques à la transdisciplinarité ou à la clientèle ayant un TCA. Pour cette raison, ils ont été exclus de la présente section, et ce, malgré qu'ils pouvaient susciter des questionnements éthiques pertinents, voire de la détresse éthique (Swisher et al., 2005) au sein de l'équipe. Il est possible que ceux-ci fassent l'objet d'une autre publication, mais cela reste à être déterminé.

En lien avec les questions de la recherche, deux grands thèmes ont émergé lors de l'analyse des données. Les participantes ont rapporté vivre des enjeux éthiques liés à l'intervention avec la clientèle ayant un TCA et d'autres liés à la pratique transdisciplinaire. Les différents enjeux éthiques liés à ces deux thèmes sont présentés de façon à expliciter les facteurs les causant ainsi que les valeurs qu'ils mettent en péril. Des concepts issus de la typologie de Swisher et ses collaboratrices (2005) sont aussi utilisés afin de rendre explicite la perspective des participantes par rapport à certains de ces enjeux.

5.2.1 Enjeux éthiques liés à l'intervention avec la clientèle ayant un TCA

Les participantes nomment trois types d'enjeux éthiques liés à l'intervention avec les personnes présentant un TCA. Elles vivent : 1) des dilemmes éthiques opposant le respect de l'autonomie du client et la bienfaisance; 2) des conflits d'allégeance où leurs valeurs personnelles et professionnelles divergent de celles du client; 3) de la détresse éthique liée à l'accessibilité aux services. Les différents types d'enjeux seront abordés en mettant en évidence leurs causes (voir la Figure 6).

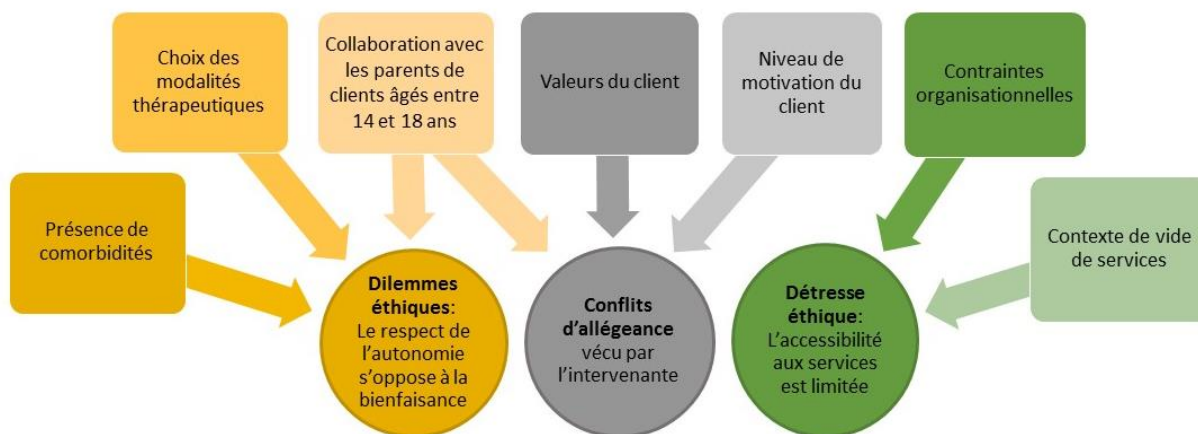


Figure 6. Les causes des enjeux éthiques liés à l'intervention avec la clientèle ayant un TCA

5.2.1.1 Dilemme éthique opposant le respect de l'autonomie du client à la bienfaisance

Lors de leurs interventions, les participantes identifient trois situations où la valeur de l'autonomie du client s'oppose à la bienfaisance. Celles-ci sont résumées à la Figure 7.

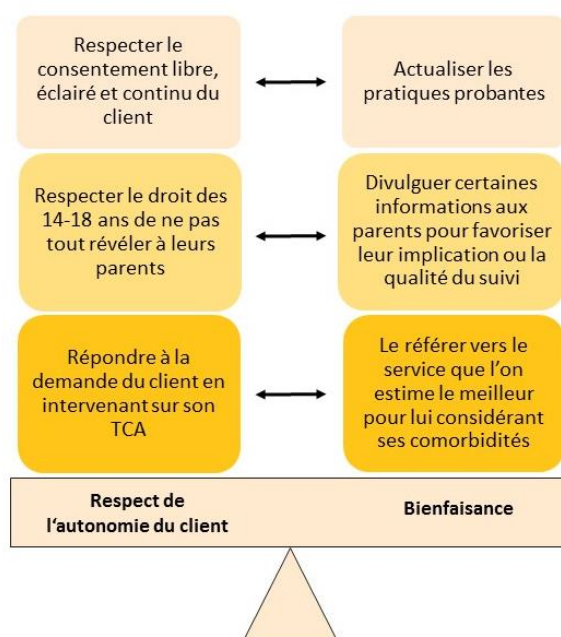


Figure 7. Les dilemmes éthiques opposant le respect de l'autonomie du client à la bienfaisance

Premièrement, elles rapportent vivre ce dilemme éthique lorsqu'un client présente un TCA auquel s'ajoute des comorbidités qu'elles estiment préoccupantes ou prioritaires. Elles sont alors

déchirées quant à l'action à réaliser : intervenir par rapport au TCA pour répondre à la demande du client même si le TCA n'est pas la problématique prioritaire selon elles ou référer le client vers un autre service qu'elles jugent plus adapté pour lui, mais qui ne répond pas spécifiquement à ses besoins par rapport au TCA. Deux participantes illustrent ce dilemme, l'une lors de l'admission d'un client, et l'autre, dans le cadre d'un suivi :

Souvent [on vit des enjeux éthiques] quand on ne sait pas où référer les gens. [...] Ça demande une discussion éthique de vraiment s'assurer de répondre du mieux qu'on peut aux besoins de la personne, [de la diriger vers] le meilleur service, même si on pense que oui, au niveau des TCA, il pourrait y avoir des bénéfices à ce qu'elle suive le programme. C'est d'être capable de dire : "oui, il pourrait en avoir, mais actuellement, ce n'est pas ça le meilleur service" (professionnelle 2).

Ce client-là a droit aux services du programme, mais en même temps je me demande à quel point les interventions qu'on fait sont bénéfiques par rapport à son trouble du comportement alimentaire parce qu'il a d'autres problématiques [que je trouve plus préoccupantes] (stagiaire 3).

Deuxièmement, les participantes indiquent que le respect de l'autonomie décisionnelle des clients entre 14 et 18 ans, qui décident de ne pas révéler à leurs parents certaines informations par rapport à leur état de santé, est difficile dans un contexte de collaboration avec ces derniers dans la prise de décision. De fait, cette situation entraîne aussi un conflit d'allégeance envers le client versus ses parents. Cette situation est vécue lorsque la santé du client est compromise selon la professionnelle 3 :

C'est une jeune qui ne veut pas tout dévoiler à ses parents, mais sa santé est compromise. Alors là c'est : quoi dire et quoi ne pas dire [à ses parents]? On pense qu'elle devrait aller à l'urgence, elle ne le pense pas. Est-ce qu'on va aller alerter les parents?

La professionnelle 1 mentionne qu'elle rencontre aussi ce dilemme dans des situations moins urgentes. Elle exprime dans l'extrait suivant que le respect de la confidentialité souhaité par une cliente vis-à-vis sa mère peut nuire à ses interventions:

Ce sont des personnes chez qui on n'est pas obligé que les parents soient [aux rencontres], mais souvent elles vont vouloir que leurs parents soient là. [Par

contre], elles ne veulent pas qu'on leur dise tout, donc je trouve ça difficile de faire des rencontres en ne pouvant pas tout dire. Ça peut quand même nuire au suivi, dans le fond, de faire une rencontre en mentionnant à moitié ce qu'on voudrait mentionner. [...] Par exemple, [une cliente] qui ne veut pas dire à sa mère à quel point elle est restreinte [dans ses prises alimentaires], mais en même temps elle veut que sa mère soit à la rencontre, c'est plus difficile dans ce cas [d'avoir des informations justes].

Troisièmement, le respect de l'autonomie des clients à consentir de façon libre, éclairée et continue à leur traitement s'oppose à l'expertise des thérapeutes, lorsque certains refusent des modalités d'intervention favorables à leur rétablissement. La professionnelle 5 dit rencontrer ce dilemme éthique fréquemment :

La personne a 30 ans, donc elle peut prendre des décisions [de façon autonome] et elle ne veut pas que sa famille soit mise au courant de son trouble. Par contre, on sait très bien dans les données probantes et les meilleures pratiques, que d'introduire le proche [dans le suivi] apporte un meilleur rétablissement. Donc ça s'oppose souvent : l'autonomie décisionnelle de la clientèle et ce qui est mieux. En fait, je veux dire l'expertise du thérapeute.

Dans cette situation, la participante ne peut pas actualiser les meilleures pratiques, c'est-à-dire engager un proche dans le suivi, en raison du refus du client, et ce, même si cette pratique est démontrée scientifiquement comme favorable au rétablissement. La professionnelle 4 indique qu'il en est de même lorsque la vie de la personne est en danger et qu'une hospitalisation est préconisée par l'équipe :

[Dans le cas d'une cliente], on se posait la question [de la nécessité] d'une hospitalisation sous contrainte. Ça a été assez intense comme cas, car la personne ne voulait pas aller en hospitalisation. Par contre, on était sept professionnels différents qui préconisaient ce type d'hospitalisation.

Les différents extraits de verbatim attestent que les participantes peuvent être déchirées entre l'actualisation des actions que le client juge préférables pour lui-même et l'actualisation des actions qu'elles considèrent les plus aidantes pour lui.

5.2.1.2 Conflits d'allégeance

Les valeurs personnelles des clients heurtent parfois celles des participantes. Elles perçoivent donc une tension constante entre le respect des valeurs des clients et leur authenticité au sein de la relation thérapeutique. Selon des participantes, les caractéristiques propres aux TCA sont une source constante de conflits de valeurs, donc d'allégeance envers les valeurs de ces derniers versus leurs valeurs personnelles ou professionnelles :

Par rapport au TCA, dans tout ce qui est des enjeux de non-respect de leur corps, de non-respect de prendre soin de soi, c'est sûr que ça peut être un enjeu, mais je trouve que ça fait partie de la problématique. [...] C'est comme si ça faisait partie du lot de travailler en santé mentale de constamment être heurtée dans mes valeurs par rapport à ce que la personne est en train de faire de sa vie versus ce que moi je ferais de ma vie (professionnelle 5).

La jeune anorexique qui refuse de manger, ça vient [me chercher] : je ne suis pas d'accord avec elle, mais je ne suis pas partie en croisade pour venir lui dire qu'elle n'avait pas raison. [Même chose avec] des gens qui devraient bouger qui ne bougent pas (professionnelle 3).

Ces deux extraits présentent des conflits de valeurs entre celles du client et celles du thérapeute. Les participantes indiquent que leurs valeurs personnelles, notamment la bienveillance envers soi-même dans le premier extrait et la santé dans le deuxième extrait, sont heurtées par les comportements des clients associés à leurs TCA. La stagiaire 5 mentionne aussi vivre un tel conflit de valeur, mais en raison des enjeux motivationnels qui se rapportent aux TCA :

Tu sais que certains clients viennent, mais qu'ils ne sont pas investis. C'est avec le diagnostic d'anorexie qu'on le voit un peu plus. Ils veulent être aidés dans leurs paroles, mais dans leurs gestes, ce n'est pas nécessairement ça. [...] [Par exemple], j'ai une cliente [...] que c'est toujours des compromis avec elle. Tu ne veux pas juger, mais quand tu observes toute la rencontre, les détails, tu te dis : "Ok, elle veut-tu vraiment se faire aider?" [...] Des fois, [la relation thérapeutique] est plus difficile, parce qu'elle a des comportements qui viennent à me frustrer.

Somme toute, les extraits illustrent que participantes sont respectueuses des valeurs des clients, malgré qu'elles entrent souvent en conflit avec leurs propres valeurs personnelles et professionnelles. Cette situation crée des conflits d'allégeance, voire une difficulté à agir selon sa

conscience éthique, c'est-à-dire selon les valeurs que l'intervenante, qu'elle soit stagiaire ou professionnelle, estime importantes.

5.2.1.3 Accessibilité aux services

Des participantes identifient que la valeur de l'accessibilité aux services, chère à leurs yeux, est mise en péril par des contraintes organisationnelles, voire sociétales. De ce fait, elles reconnaissent vivre de la détresse éthique, notamment lorsque certaines personnes attendent plusieurs mois avant de bénéficier de leurs services, comme le nomme la stagiaire 2 :

Les gens appellent et n'ont pas de suivi tout de suite [...], c'est long. Par exemple, il y a un client qui est resté longtemps sans nouvelles. Ce n'est pas ce qui est le plus éthique, mais il y avait des contraintes organisationnelles.

La stagiaire 5 ajoute qu'elle ressent de la détresse éthique lorsque des personnes n'ayant pas de TCA, mais présentant des problématiques psychologiques liées au poids ou à l'alimentation ne sont pas admises dans le programme. En effet, elle souligne qu'en raison du vide de services en santé mentale au Québec, ces personnes ne seront pas aidées, et ce, malgré leur grande souffrance. Dans l'extrait suivant, elle relate son expérience avec l'une de ces personnes :

Quand tu sais qu'il y a un manque de services, qu'il y a un vide de services, et que cette personne-là, si on ne la prend pas ici et qu'elle n'a pas les moyens de se payer un psychologue au privé, parce que tu le sais, elle te l'a dit, [...] elle va juste retourner chez elle et continuer à souffrir. [...] C'est un petit baume au cœur de savoir que oui, tu la laisses avec des recommandations pour que son médecin la dirige vers des services [publics], mais en réalité, ce ne sera pas prioritaire et ça va prendre des années.

En somme, l'accessibilité à des services adéquats pour les personnes présentant un TCA, de même que pour celles présentant un problème psychologique apparenté est limitée au Québec selon les participantes. Cette situation leur cause de la détresse éthique.

5.2.2 Enjeux éthiques liés à la transdisciplinarité

Les participantes vivent aussi des enjeux éthiques liés à la transdisciplinarité. Précisément, elles rapportent que le transfert de connaissance, la prise de décision partagée ainsi que le partage d'un cadre conceptuel transdisciplinaire commun à l'équipe mettent en péril certaines de leurs

valeurs (voir la Figure 8). Les différents enjeux éthiques sont abordés suivant leurs causes dans cette sous-section.

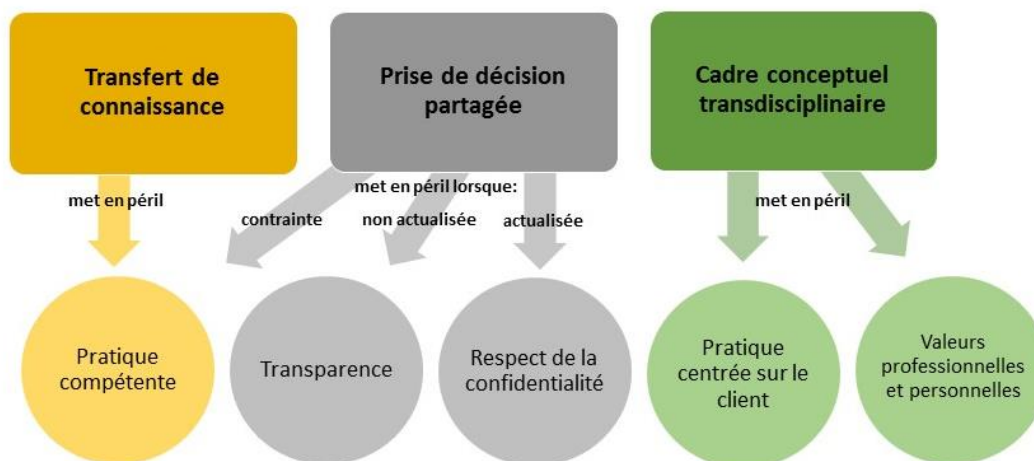


Figure 8. Les causes des enjeux éthiques liés à la transdisciplinarité

5.2.2.1 Transfert de connaissance

Par l'approche transdisciplinaire, les participantes sont amenées à transférer les connaissances issues de leur champ disciplinaire respectif à tous les membres de l'équipe. Or, plusieurs participantes rapportent que ce partage peut mettre en péril l'actualisation de la pratique compétente. La stagiaire 5 en discute dans l'extrait suivant relativement à l'évaluation des clients :

[Je le remarque avec] des outils [d'évaluation] de ma profession. Oui, on se partage des connaissances, il est très bien rempli l'outil, mais moi quand je le regarde avec mon chapeau [disciplinaire], je me rends compte : "Ah! J'aurais aimé ça [approfondir] telle affaire, ça aurait fait une différence dans mon interprétation". [Donc] oui, on se partage des connaissances, mais on ne peut pas se partager l'expertise. [...] Et quand je me rends compte de ça, je me dis que lorsque je fais passer tel outil qui vient [d'une autre discipline], c'est le même contexte! Je fais la base, mais je ne vais pas chercher le plus, j'ai donc un peu le syndrome de l'imposteur.

La stagiaire 5 rapporte donc qu'elle perçoit que le transfert de connaissances disciplinaires aux autres membres de l'équipe n'équivaut pas à l'expertise acquise par chacun dans leur formation disciplinaire respective, ce qui ne permet pas à ses collègues de réaliser avec autant de

précisions les évaluations de sa discipline et l'inverse est également vrai. La professionnelle 1 pense aussi que le plus haut degré de compétence est garanti par l'expertise :

[Il y a] des fois où je voudrais garder mon rôle de [titre professionnel] à la place que ça soit fait par l'intervenant pivot. [...] Des fois je voudrais garder mon expertise [...] parce qu'il m'arrive d'être en désaccord et de penser que c'est moi la meilleure personne pour faire [un acte lié à mon champ disciplinaire].

D'autres participantes expriment qu'elles vivent un dilemme éthique qui oppose le partage de leur champ de compétence avec l'équipe pour actualiser la transdisciplinarité à la pratique compétente associée au maintien leur expertise disciplinaire. La professionnelle 5 illustre ainsi ce dilemme :

Dans la transdisciplinarité, ce sont mes souliers de [membre de l'équipe transdisciplinaire] et mes souliers de [membre de ma profession] qui s'opposent. Moi, je suis un tout, donc c'est la même paire de souliers, mais des fois je mets un soulier rouge et un soulier bleu parce qu'il y a une partie de moi qui fait : "mais non, c'est parce que [partager un acte de ma discipline], non! Jusqu'où on peut aller?", mais là, je me dis : "suis-je transdisciplinaire quand [j'ai un discours] aussi disciplinaire?"

En outre, certaines participantes assimilent le respect des obligations issues de la déontologie professionnelle à la pratique compétente. Elles remarquent des divergences entre le paradigme de la transdisciplinarité et le système professionnel québécois qui les empêchent de remplir les exigences déontologiques prescrites par leur ordre professionnel. Par exemple, la stagiaire 4 mentionne : « *Je ne pense pas que les notes soient à point pour l'ordre. [...] [Il manque] des notes de suivi des discussions entre les professionnels* ». La stagiaire 1 ajoute, dans une perspective plus globale :

Tu as un code des professions, qui demande à chaque ordre que leurs professionnels soient compétents selon leur champ d'expertise, mais [la transdisciplinarité] demande aux professionnels de tout faire. [...] Je pense qu'il y a peut-être une manière de réfléchir à comment on peut faire [de la transdisciplinarité dans ce contexte] ou à comment le système peut s'adapter.

En bref, le transfert de connaissances plus ou moins adéquat entre les membres de l'équipe issus de différentes disciplines peut mettre en péril la pratique compétente. De plus, certaines participantes, qui assimilent le respect des règles de la déontologie professionnelle à la pratique compétente, observent que ces règles ne sont pas toujours respectées en transdisciplinarité.

5.2.2.2 *Prise de décision partagée*

La prise de décision partagée est une caractéristique fondamentale de la collaboration transdisciplinaire. Au sein de leur équipe, les participantes vivent des enjeux éthiques qui mettent en cause des situations où cette prise de décision partagée est actualisée et d'autres où elle ne l'est pas. Dans le premier cas, la valeur du respect de la confidentialité est mise en péril. En effet, des participantes rapportent avoir un questionnement éthique, voire éprouver un malaise devant la quantité d'informations confidentielles qu'elles divulguent à tous les membres de l'équipe afin de partager la prise de décision. Selon la stagiaire 2, les balises ne sont pas clairement définies : *« Jusqu'à quel point on peut divulguer des informations [aux autres membres de l'équipe]? Pour moi, la limite n'est pas claire jusqu'où on peut aller [...]. Est-ce qu'on divulgue tout puisqu'on travaille en [transdisciplinarité] ou on divulgue que certaines informations? »*

De plus, la professionnelle 3 souligne que même si les clients signent un formulaire de consentement qui donne le droit aux intervenants de partager leurs informations personnelles aux autres membres de l'équipe transdisciplinaire, elle considère cette pratique ne respecte pas les droits des clients :

[Les autres membres de l'équipe] n'ont peut-être pas besoin de tout savoir [à propos d'une cliente]. C'est la confidentialité, même si la personne accepte [en signant un formulaire le consentement aux soins], je trouve que c'est une "coche" de trop.

Elle s'attarde plus spécifiquement à la présentation des résultats d'évaluation qui est faite en présence de plusieurs membres de l'équipe afin d'établir un plan d'intervention transdisciplinaire avec le client. Or, cette procédure la rend mal à l'aise :

Aussi, [les résultats d'évaluation] qu'on présente devant tout le monde : [...] je trouve que la personne est vraiment toute seule, à nue devant tout le monde. On fait

ça dans le respect, [...] je trouve qu'on fait bien ça, mais je trouve que c'est quand même déstabilisant pour la personne.

Ces extraits illustrent que la confidentialité des informations des clients peut être une valeur qui est mise en péril dans le contexte transdisciplinaire. Or, en plus des conséquences possibles sur les clients, la divulgation exhaustive des informations des clients affecte aussi les membres de l'équipe selon la stagiaire 1. Dans l'extrait suivant, elle discute de l'impact de cette pratique sur la charge émotionnelle que les membres de l'équipe subissent :

Je pense que c'est [un enjeu éthique] par rapport aux intervenantes, au niveau du trauma. Quand on travaille en santé, on n'est pas obligé d'absorber toute la souffrance de tout le monde. Je pense que déjà d'absorber la souffrance d'un "caseload", c'est assez. Je ne pense pas qu'on est obligé d'aller chercher la souffrance [...] et toute la charge, de tous les "caseload" de l'équipe en plus.

Si l'actualisation de la prise de décision partagée peut induire des enjeux éthiques, d'autres valeurs sont mises en péril lorsque celle-ci est contrainte, telles que la pratique compétente. En effet, des participantes nomment que la nécessité de tenir des rencontres transdisciplinaires efficaces peut limiter leur capacité à prendre des décisions de façon compétente, en raison du temps limité de partage des informations. La professionnelle 3 indique ceci sur ce sujet :

J'aimerais que les rencontres durent plus longtemps, au niveau transdisciplinaire. Moi, je mettrais vraiment plus de temps, je trouve que des fois c'est expéditif, et qu'on n'a pas assez la possibilité de s'exprimer et prendre le temps d'y réfléchir pour pouvoir poser un diagnostic. [...] Je crois que l'acte de poser un diagnostic [...], c'est assez important pour qu'on prenne le temps de le faire.

Enfin, des participantes remarquent que la prise de décision partagée n'est pas actualisée lors de la gestion de la liste d'attente. À cet effet, une participante mentionne :

C'est l'attente des services, comme un peu partout, mais la liste d'attente ici, elle me "chicote". Surtout que des fois, il y a des personnes qu'on dirait que ça fait un an qu'elles sont [sur la liste d'attente] et qu'elles n'ont jamais été vues, mais ça, je ne sais pas, je parle à travers mon chapeau.

Cet extrait illustre que la transparence est mise en péril dans l'équipe lorsque la prise de décision n'est pas partagée par tous les membres, par exemple, dans le cas de la gestion de la liste d'attente. En effet, cette participante n'est ni impliquée dans la priorisation des clients en attente ni au courant de la façon dont les critères de priorisation sont établis, et ce, malgré le fait qu'elle formule des questionnements et émet des doutes à propos de la gestion de la liste d'attente.

En somme, que la prise de décision partagée soit actualisée, contrainte ou non actualisée, cette composante de la transdisciplinarité cause des enjeux éthiques qui peuvent mettre en péril différentes valeurs, soit : la confidentialité, la pratique compétente et la transparence, voire la justice dans l'accès équitable aux services.

5.2.2.3 Cadre conceptuel transdisciplinaire

Un cadre conceptuel transdisciplinaire commun à tous les membres de l'équipe, sous forme de programme d'intervention, permet la pratique transdisciplinaire. Or, certaines participantes évoquent qu'elles sont souvent déchirées entre le respect de ce cadre théorique transdisciplinaire dans leurs interventions et l'actualisation d'une pratique davantage centrée sur le client. La professionnelle 3 témoigne de ce dilemme : « *[Un enjeu important] c'est : est-ce qu'on déroge du programme ou on continue dans la lignée pour aller accommoder [un client]? Il faut suivre la marche, mais quand on voit que ça [ne correspond] plus tant [à la personne]?* ».

La stagiaire 5 ajoute que l'actualisation de la pratique centrée sur le client peut nécessiter, selon elle, de sortir du cadre transdisciplinaire pour offrir des interventions disciplinaires spécialisées, si le client éprouve des besoins spécifiques au cours du suivi. Or, cela se heurte aux fondements mêmes du programme, comme elle l'exprime dans l'extrait suivant :

Peut-être [qu'il faudrait] individualiser [le programme] un peu plus. Des fois, il y a certaines personnes avec qui je ressens le besoin, de par mon expertise ou celle de quelqu'un d'autre, qu'il y ait un "focus" sur une profession en particulier. Ce n'est pas le but du programme, mais des fois je me dis qu'il y aurait un besoin.

Aussi, ce cadre conceptuel transdisciplinaire agit à titre de référent épistémologique et axiologique pour les interventions de l'équipe. En effet, la transdisciplinarité exige que tous les

membres de l'équipe adhèrent aux savoirs et aux valeurs à la base du référent, tel que l'illustre la professionnelle 4 :

[La transdisciplinarité], c'est plus que travailler en équipe parce que travailler en équipe, on peut le faire n'importe où. Quand on accepte de rentrer dans la transdisciplinarité, pour moi, ça va plus loin que ça, c'est-à-dire qu'on accepte de mettre de côté nos intérêts professionnels, et personnels bien sûr, pour maximiser les bienfaits pour le client, mais aussi pour l'équipe transdisciplinaire.

Or, des conflits d'allégeance, voire des dilemmes éthiques, peuvent apparaître entre les valeurs, professionnelles ou personnelles, des membres de l'équipe et le référent épistémologique et axiologique (voir la Figure 9). Dans l'extrait suivant, la professionnelle 1 discute de la nécessité d'être ouverte aux valeurs du référent pour pouvoir travailler en transdisciplinarité, mais précise que les membres de l'équipe doivent aussi défendre leurs propres valeurs lorsqu'elles entrent en conflit avec celles de l'équipe.

Je pense que chaque professionnel doit faire preuve d'une ouverture pour pouvoir travailler en transdisciplinarité. [...] Mais l'ouverture, ça veut ne pas dire de ne pas donner son opinion ou de ne pas dire quand on n'est pas en accord. Ça prend de l'ouverture, mais il faut aussi être capable de nommer nos valeurs et être capable de les défendre justement.

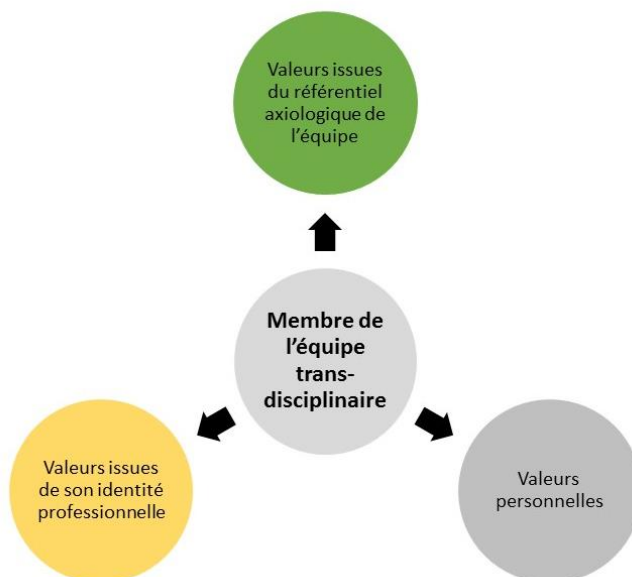


Figure 9. Conflit d'allégeance vécu par les membres de l'équipe transdisciplinaire

Plusieurs participantes rapportent qu'elles trouvent difficile d'actualiser les valeurs issues de leur identité professionnelle au sein de l'équipe transdisciplinaire. Les extraits suivants en témoignent :

C'est sûr qu'il y a des aspects positifs à [la transdisciplinarité], mais en même temps il y a, pas un aspect négatif, mais je dirais un défi au niveau de l'identité professionnelle qu'on doit tenter, pas de laisser de côté, mais qu'on doit adapter (stagiaire 1).

Je pense que c'est quand même un enjeu de la transdisciplinarité, [soit] d'être capable de rentrer dans la transdisciplinarité et de délaissier un peu sa profession, même si le but, ce n'est pas de délaissier sa profession (professionnelle 1).

De plus, la stagiaire 1 rapporte que les valeurs avec lesquelles l'équipe aborde la problématique des TCA ne sont pas les mêmes que celles de sa profession, ce qui a un impact sur sa possibilité d'actualiser ses valeurs professionnelles dans ses interventions. En effet, elle mentionne ne pas être en mesure d'actualiser la valeur qu'est l'holisme, chère à sa profession et à ses yeux, lors des rencontres avec les clients puisqu'elle s'oppose à la conception plus individualiste proposée par le référentiel épistémologique et axiologique de l'équipe :

[Dans ma profession, nous percevons] qu'il y a beaucoup de responsabilités collectives dans les problématiques. [Par contre, dans le programme], on met beaucoup de choses en place avec la personne pour la personne [...], sauf que pour moi, il y a une responsabilité en dehors de cette personne-là qui, je trouve, n'est pas assez mise de l'avant. [...] Je trouve qu'on essaie trop de trouver souvent des causes à effets, des causes linéaires, comme A donne B. [...] Ce n'est pas que c'est mauvais, c'est bon, mais il y a peut-être autre chose, qui est en dehors des systèmes familiaux, qui fait en sorte qu'on voit l'alimentation comme ça aujourd'hui, mais on ne l'aborde pas dans les rencontres.

Des participantes rapportent aussi être déchirées entre leurs valeurs personnelles et les valeurs du référent axiologique de l'équipe. La professionnelle 2 discute de la divergence de ses valeurs par rapport à l'alimentation, un thème central de l'intervention :

Au niveau de l'alimentation et de la santé, j'ai aussi mes propres valeurs qui sont différentes de [...] ce qu'on enseigne dans le programme. [...] Ça en est un ça, un enjeu éthique : ce à quoi je crois versus ce que le programme dit.

De plus, elle rapporte que peu d'espace de discussion est accordé pour que les membres de l'équipe débattent de leurs divergences axiologiques entourant l'alimentation.

Il n'y a pas trop d'espace, je trouve, pour des débats [dans l'équipe, par rapport à] la place des habitudes [alimentaires] ou par rapport à ce qui peut confronter [les valeurs]. [...] C'est comme : elle est où la ligne entre un trouble alimentaire et des habitudes et des choix au niveau des valeurs? Si quelqu'un croit qu'un [aliment] est un mauvais aliment, est-il en restriction? Je trouve qu'il n'y a pas tant d'espace pour [débattre de ces aspects pourtant cruciaux à la base de nos interventions].

En somme, les participantes vivent des situations de conflits d'allégeance en raison de leurs valeurs professionnelles et personnelles qui s'opposent parfois à certaines valeurs du référent de l'équipe.

5.3 Manières de surmonter les enjeux éthiques

Les manières utilisées par les participantes pour surmonter les enjeux éthiques sont toutes issues du domaine individuel (voir la Figure 10).



Figure 10. Manières de surmonter les enjeux éthiques utilisées par les participantes

Toutes les participantes (n=10) ont rapporté obtenir le soutien de leurs collègues pour résoudre les enjeux éthiques. La professionnelle 1 illustre :

Le fait qu'il y ait l'équipe, ça me permet de ne pas rester [prise avec] un problème parce que j'arrive toujours à avoir une réponse assez rapidement, si je ne suis pas

sûre de quelque chose. Si je suis déchirée par rapport à une valeur, c'est facile d'aller chercher du soutien ou de l'aide chez une collègue.

Elle ajoute que la multiplicité des valeurs et des points de vue au sein de l'équipe rend la discussion, qui peut être qualifiée de délibération éthique, riche et pertinente. L'extrait suivant en témoigne :

On a tellement plein de points de vue qui sont mis en commun, que si, moi, je ne pense pas à une valeur qui est en train d'être bafouée, quelqu'un d'autre va y penser. Je ne pense pas qu'il y ait de contextes mieux que la transdisciplinarité pour ressortir tout ce qui pourrait être bafoué comme valeur. [...] Habituellement, on va sortir plus que pas assez les enjeux qui peuvent tourner autour d'un individu.

De plus, toutes les stagiaires (n=5) indiquent qu'elles demandent du soutien, posent des questions ou qu'elles se confient à leur superviseure de stage en premier lieu lorsqu'elles rencontrent des enjeux éthiques. La stagiaire 2 en témoigne :

J'ai ma superviseure de stage dans le milieu avec qui je peux beaucoup me confier, donc tout ce qui est enjeux ou problématiques que je vis, je peux lui en parler. Il n'y a rien que j'ai vécu qui m'a rendue soit mal à l'aise ou autre que je ne lui ai pas parlé.

À l'inverse, certaines professionnelles consultent aussi les stagiaires pour résoudre des enjeux éthiques, tel que le rapporte la professionnelle 2 : « *Ce qui est important [dans la résolution des enjeux éthiques], c'est que ce sont les stagiaires qui sont ici le plus souvent. Il faut donc leur demander: "vous voyez ça comment?"* ». Également, la discussion avec la direction du programme est utilisée par quelques participantes (n=2) pour résoudre les enjeux transdisciplinaires.

En plus de consulter leurs collègues, plusieurs participantes résolvent certains enjeux éthiques en adoptant une pratique réflexive. La professionnelle 5 mentionne : « *Je suis une personne qui s'assoit et qui réfléchit, j'ai une pratique réflexive.* » La stagiaire 5 ajoute que la pratique réflexive lui permet de réfléchir aux enjeux éthiques selon les quatre soucis de l'éthique, à savoir les soucis de soi, de l'autre, de l'institution et de la société (Fortin et Parent, 2004) :

Il faut que tu prennes du recul et que tu analyses l'enjeu [...] pour penser autant au [client], à toi, à tes collègues aussi et aux personnes sur la liste d'attente, et là tu te rends compte que la meilleure solution pour tout le monde, c'est ça. Une des meilleures solutions je pense, c'est de prendre du recul puis d'analyser l'enjeu.

D'autres stagiaires (n=2) rapportent que des rencontres organisées par leur programme universitaire leur ont permis d'approfondir leur réflexion éthique, en partageant leurs expériences avec d'autres stagiaires de leurs disciplines. La stagiaire 2 mentionne :

Avoir des rencontres de supervision hors du cadre du milieu de stage, je trouve que c'est intéressant pour, justement, discuter des enjeux éthiques, mais aussi pour parler avec d'autres étudiantes de mon programme qui vivent des situations qui sont parfois semblables.

En outre, lorsque les situations soulevant des enjeux éthiques sont liées à l'intervention, les participantes identifient deux stratégies plus spécifiques pour les résoudre, soit d'actualiser une pratique centrée sur le client (n=3) et se référer à des ressources éthiques (n=6). Deux participantes illustrent leur façon de rester centrée sur le client lorsqu'elles vivent des enjeux éthiques au sein de la relation thérapeutique :

Je suis dans le non-jugement. Il y a des choses que, moi, je ne ferais pas ça comme ça, mais ça ne vient pas me toucher parce que j'accepte la personne comme elle est, tu comprends? [...] Je me dis "la personne n'est pas rendue là encore, on va respecter son rythme", tu l'accompagnes, tu donnes des renseignements, tu donnes ce que toi tu sais, mais sans que ça vienne te chercher personnellement. [...] Dans les [rencontres d'équipe] aussi des fois, je me dis : "Oh mon Dieu, je ne comprends pas [le comportement de la personne]", mais on n'est pas là pour comprendre, mais plus pour aider (professionnelle 3).

Il faut être capable de cerner qu'est-ce qui est de l'ordre de : "comme professionnelle, je n'ai pas le choix" et de "comme professionnelle, il faut que je lâche prise parce que la personne est autonome et que si elle est en précontemplation, je ne peux pas lui rentrer l'action dans la gorge" (professionnelle 5).

Quant aux ressources éthiques, les professionnelles se tournent davantage vers des ressources de leurs ordres professionnels respectifs, notamment des formations (n=2), leur code de déontologie (n=2) ou des lignes d'appel (n=2). De leur côté, les stagiaires se réfèrent à des outils

acquis lors de cours universitaires en éthique, notamment à leurs notes de cours (n=2), à un livre d'éthique appliquée à leur profession (n=2) ou à un cadre d'analyse guidant la réflexion éthique (n=1).

Enfin, bien qu'elles perçoivent certains enjeux éthiques liés à la transdisciplinarité, deux stagiaires ont choisi de ne pas mettre en place de moyens pour les résoudre puisqu'elles jugent que ce n'est pas leur rôle. La stagiaire 4 illustre :

J'aurais pu [mettre quelque chose en place pour résoudre l'enjeu], mais en même temps c'est un contexte où je suis en stage, j'ai tant de temps, est-ce que je donne l'énergie? Ça peut être aussi un enjeu à ce niveau-là, je voudrais tout bien faire, mais en même temps le milieu, c'est comme ça que ça fonctionne et ce n'est pas nécessairement dans mes tâches de stagiaire [...] de tout changer.

En bref, des stratégies issues du domaine individuel, telles que demander le soutien de ses collègues, avoir une pratique réflexive et consulter des ressources éthiques, ont été utilisées par les participantes pour résoudre les enjeux éthiques vécus dans leur pratique avec la clientèle présentant un TCA, que ceux-ci soient liés à l'intervention ou à la transdisciplinarité. Cela dit, l'actualisation de la pratique centrée sur le client a été utile aux participantes pour résoudre des enjeux liés à l'intervention. De plus, par rapport aux enjeux liés à la transdisciplinarité, certaines des stagiaires ont choisi de maintenir le *statu quo*.

5.4 Manières envisagées pour solutionner les enjeux éthiques

Les participantes envisagent plusieurs pistes de solution qui pourraient, selon elles, être mises en place pour les aider à résoudre les enjeux éthiques que pose leur pratique (voir la Figure 11 qui les répertorie).



Figure 11. Les manières envisagées par les participantes pour résoudre les enjeux éthiques

Certaines participantes (n=3) souhaitent qu'un comité d'éthique clinique soit constitué pour aider l'équipe lorsqu'elle est confrontée à des enjeux éthiques plus difficiles à résoudre. La professionnelle 1 partage ceci sur ce sujet :

C'est toujours bien qu'il y ait un comité en dehors de l'équipe, s'il y a des enjeux qu'on n'arrive pas à régler dans l'équipe. Ce n'est jamais arrivé, mais ça ne veut pas dire que ça n'arrivera jamais. [...] Qu'il y ait un comité d'éthique, d'avoir une opinion externe, ça peut être bien dans les enjeux les plus difficiles à régler.

La stagiaire 1 ajoute que ce comité d'éthique pourrait aussi être utilisé par les clients : « *Il n'y a pas de comité d'éthique, mais je pense que s'il y en avait un, il pourrait être utilisé, même par la clientèle* ».

À l'instar d'un comité d'éthique plus formel à l'extérieur de l'équipe, la majorité des participantes (n=7) pensent qu'un temps de discussion d'équipe spécifique à l'éthique devrait être alloué. La stagiaire 2 pense que de réserver une partie du temps des réunions hebdomadaires à l'éthique permettrait de résoudre plus d'enjeux :

Cibler un petit moment, puis dire : "est-ce que cette semaine, il y a des valeurs qui vous ont touché ou des choses qui vous ont bouleversées?" et de partir là-dessus pour parler un peu plus de [sujets] éthiques. Parce que souvent, en grand groupe, on n'ira pas nécessairement parler de ce qui nous a touchés ou de ce qui nous a rendus inconfortables. On dirait qu'on n'ose pas en parler en grand groupe, mais pourtant ça serait super pertinent et ça permettrait de soulever plus souvent des [enjeux] éthiques, puis de trouver ensemble comment les résoudre.

La professionnelle 5 ajoute que d'établir une procédure formelle pour appuyer la délibération éthique permettrait de structurer les discussions de l'équipe : *« À chaque fois qu'on fait face à un enjeu éthique, de dire : "voilà comment on devrait réfléchir" et d'avoir une procédure structurée. Je sais que ça existe, les livres sont là, mais ce n'est pas mis en place. »* De plus, d'autres participantes indiquent que des temps en dehors des réunions hebdomadaires devraient être pris par l'équipe pour avoir des réflexions de fond sur leurs propres valeurs par rapport à l'alimentation ou sur les valeurs sociétales qui contribuent à perpétuer la problématique des TCA. La stagiaire 1 mentionne : *« Peut-être que ce serait intéressant d'avoir des espaces où réfléchir à l'extérieur [des situations impliquant] des clients, juste pour mettre une toile de fond, qui pourrait être bonne pour tous les clients par la suite ».*

Certaines participantes (n=3) mettent aussi en évidence qu'elles devraient être davantage formées en éthique pour pouvoir mieux résoudre les enjeux qui se présentent à elles. La stagiaire 5 indique que davantage de formation permettrait à l'équipe de mieux reconnaître les situations soulevant des enjeux éthiques :

C'est sûr que d'être capable de les reconnaître, c'est un bon début parce que quand tu vis un [enjeu] éthique, peu importe la nature, si tu n'es pas capable de le reconnaître, tu vas avoir de la misère à le solutionner. [Par contre, si tu réussis à l'identifier] tu peux prendre du recul un peu plus rapidement avant, si on peut dire, que ça s'aggrave.

Elle ajoute que la formation initiale des stagiaires devrait comprendre une section sur les enjeux éthiques spécifiques au contexte de pratique, en plus de présenter des manières de les résoudre :

Ça peut être intéressant d'intégrer [des notions d'éthique] à la formation de base pour que les stagiaires reçoivent à leur arrivée. De dire "[voici les enjeux] qui existent, si vous y êtes confronté, il y a telle et telle solutions et si jamais vous en trouvez d'autres, partagez-les". De faire un "wrap up" pour leur donner des stratégies de base, de dire que c'est normal d'en vivre [pour qu'elles soient] capables de les nommer et d'avoir du support là-dedans.

La stagiaire 1 abonde aussi en ce sens par rapport au cours en ligne qui est dispensé à tous les intervenants de l'équipe :

Sinon, il y a quand même [un] cours qui est donné [sur les fondements des TCA à l'ensemble de l'équipe]. Dans le cours, il a des informations qui pourraient être données par rapport à l'éthique de l'intervention avec les troubles alimentaires.

De plus, des participantes (n=3) estiment que la réflexion éthique des membres de l'équipe pourrait être facilitée, si de la documentation éthique pertinente était mise à disposition. La professionnelle 3 indique : « *Je pense que ça pourrait être bien que la documentation éthique puisse être rendue disponible* ». Une autre participante indique que cela lui permettrait de consulter plus souvent les ressources existantes.

Enfin, une participante nomme qu'il serait aidant de clarifier le fonctionnement de la transdisciplinarité entre les membres de l'équipe puisque cette façon d'organiser le travail est peu connue et différente du système professionnel québécois. Elle illustre : « *[Il serait aidant de] savoir c'est quoi vraiment la transdisciplinarité et est-ce que c'est "legit" ou pas* ». Elle précise qu'un outil concret devrait être mis en place pour permettre aux membres de l'équipe d'avoir une pratique plus compétente ou du moins pour les aider à respecter la déontologie professionnelle :

Je pense aussi que d'arriver concrètement à cibler, est-ce qu'il y a des actes réservés qu'on ne peut pas faire? [...] De vraiment ressortir chaque acte réservé et si ça ne peut vraiment pas être fait [en transdisciplinarité], de le savoir.

En somme, les participantes envisagent plusieurs pistes de solution qui pourraient les outiller à mieux résoudre les enjeux éthiques que pose leur pratique. Il est à noter que certaines de ces pistes de solutions sont issues du domaine organisationnel.

6. DISCUSSION

Cette section de l'essai articule une discussion critique des résultats de l'étude. Elle comprend d'abord un retour aux questions et aux objectifs de la recherche. Ensuite, une comparaison des résultats obtenus avec ceux documentés dans les écrits est effectuée. Puis, une interprétation des résultats est présentée, laquelle propose trois pistes de réflexion de nature critique visant, bien humblement, améliorer les interventions avec la clientèle présentant un TCA. Enfin, les forces et les limites ainsi que les retombées potentielles de l'étude sont discutées.

6.1 Retour aux questions et objectifs de la recherche

Cette étude avait comme objectifs d'explorer les enjeux éthiques rencontrés par une équipe transdisciplinaire qui intervient auprès de personnes présentant un TCA et d'identifier les moyens que celle-ci utilise ou envisage pour les surmonter. À cette fin, les perceptions des phénomènes à l'étude de dix intervenantes, professionnelles ou stagiaires, de l'équipe ont été recueillies et ont permis d'atteindre les objectifs de l'étude. De fait, des pistes de réponses ont été apportées aux questions de recherche à l'origine de cet essai. Rappelons que ces questions étaient les suivantes: Quels sont les enjeux éthiques liés à l'intervention auprès de personnes présentant un TCA selon des intervenants travaillant en transdisciplinarité? Quels sont les enjeux éthiques de la transdisciplinarité dans le contexte de la pratique auprès de personnes présentant un TCA selon les intervenants qui ont l'expérience de cette pratique? Quels moyens les intervenants ayant l'expérience de cette pratique utilisent-ils ou envisagent-ils pour surmonter ces enjeux?

6.2 Comparaison des résultats avec ceux documentés dans les écrits

Les résultats de cette étude sont ici comparés avec ceux documentés dans les écrits en fonction de trois thèmes : 1) dilemmes éthiques opposant le respect de l'autonomie du client à la bienfaisance; 2) enjeux éthiques liés à la transdisciplinarité; 3) pistes de solution utilisées et envisagées pour résoudre les enjeux éthiques.

Dans un premier temps, cette étude a permis d'identifier que les intervenantes de l'équipe transdisciplinaire rencontrent fréquemment des dilemmes éthiques qui opposent le respect de l'autonomie du client à la bienfaisance. D'ailleurs, plusieurs écrits soutiennent l'omniprésence de

ce dilemme dans l'intervention auprès de personnes présentant un TCA (Choates, Hermann, Pottle et Manton, 2013; Draper, 2000; Faith, Pinhas, Schelefske et Bryden, 2003; Fedyszyn et Sullivan, 2007; Giordano, 2010; Kendall et Hugman, 2016; Manley, Smye et Srikameswaran, 2001; Matusek et Wright, 2010). Les résultats de la présente étude révèlent aussi trois causes principales probables à ces dilemmes, selon les participantes. Premièrement, le *splitting* (Faith, Pinhas, Schmelefske et Bryden, 2003; Norrington, Stanley, Tremlett et Birrel, 2010), c'est-à-dire le refus de la part de clients adolescents de divulguer à leurs parents des informations concernant leur état de santé, est une situation où il est difficile pour les intervenantes d'identifier le bien éthique, selon les participantes. Cet élément est mentionné dans les écrits, qui précisent que la qualité de la relation thérapeutique avec le client, qui est favorisée par le respect de son autonomie décisionnelle, et l'implication d'un proche significatif dans le suivi sont tous deux des facteurs favorables au rétablissement des adolescents atteints de TCA (Manley, Smye et Srikameswaran, 2001). Deuxièmement, les participantes mentionnent que le choix des modalités thérapeutiques peut opposer le respect de l'autonomie des clients, à consentir de façon libre, éclairée et continue à leur traitement, à l'expertise des thérapeutes. En effet, le refus des personnes présentant un TCA à être hospitalisées et leur ambivalence face à certaines modalités d'interventions sont documentés dans plusieurs écrits comme les causes principales d'enjeux éthiques vécus avec cette clientèle (Campbell et Aulisio, 2012; Choates, Hermann, Pottle et Manton, 2013; Devery, Scalan et Ross, 2018; Draper, 2000; Faith, Pinhas, Schelefske et Bryden, 2003; Fedyszyn et Sullivan, 2007; Giordano, 2010; Hébert et Weingarten, 1994; Kendall et Hugman, 2016; Kendall, 2014; Lopez, Yager et Feinstein, 2010; MacDonald, 2002; Manley, Smye et Srikameswaran, 2001; Matusek et Wright, 2010; Wright et Schroeder, 2016). Dans ces situations, certains auteurs indiquent que les intervenants peuvent être tentés, compte tenu de leur pouvoir au sein de la relation thérapeutique, d'utiliser des pratiques coercitives pour imposer leurs opinions aux clients, ce qui bafoue les droits de ces derniers (MacDonald, 2002; Norrington, Stanley, Tremlett et Birrel, 2010; Wright et Schroeder, 2016). Bien que les résultats de cette étude ne permettent pas de corroborer l'utilisation de de telles pratiques, il est possible qu'en actualisant la valeur de la bienfaisance, les participantes aient pu imposer, dans une certaine mesure, leur point de vue à des clients, sans toutefois user de coercitions. Troisièmement, la présence de comorbidités jugées prioritaires par les participantes met en péril, selon elles, l'autonomie des clients à déterminer par eux-mêmes leurs priorités d'intervention puisqu'ils sont souvent référés vers d'autres services. Ces résultats sont quelque peu

différents des écrits qui documentent que la présence de comorbidités met en péril la pratique compétente des intervenantes (Bernacchi, 2017; Devery, Scalan et Ross, 2018). En effet, lorsque le TCA est la problématique principale selon les intervenantes, la présence de comorbidités peut effectivement rendre l'intervention plus complexe pour elles, puisqu'elles doivent mobiliser davantage de ressources pour actualiser la pratique compétente (Bernacchi, 2017; Devery, Scalan et Ross, 2018). Par contre, lorsque la comorbidité devient une priorité d'intervention pour elles, mais que le client souhaite obtenir de l'aide par rapport à son TCA, une situation de dilemme éthique se pose, comme le montrent les résultats de cette étude.

Dans un deuxième temps, cette étude a aussi permis d'identifier que les intervenantes de l'équipe transdisciplinaire rencontrent des enjeux éthiques relatifs à la transdisciplinarité. Ce qui distingue la transdisciplinarité des autres modèles de collaboration est que les membres de telles équipes transcendent les frontières de leurs disciplines respectives dans leurs interventions (D'amour et al., 2005; Flinterman et al., 2001; Nicolescu, 2011; Rosenfield, 1992), qui deviennent indifférenciées et interchangeable (Monthuy-Blanc et al., 2016). Pour ce faire, ils doivent transférer leurs connaissances et compétences disciplinaires aux autres membres de l'équipe, partager la prise de décision et les responsabilités, en plus d'adhérer à un modèle conceptuel commun (Van Bever, 2017), lequel se fonde sur une épistémologie et une axiologie déterminée. Or, les résultats de cette étude révèlent que ces éléments peuvent causer des enjeux éthiques. Entre autres, la pratique compétente peut être mise en péril au sein de leur équipe, selon les participantes de l'étude. D'une part, le transfert de connaissances disciplinaires entre les membres de l'équipe n'est parfois pas suffisant pour assurer l'actualisation de la pratique compétente. En effet, les stratégies de transfert de connaissances ne permettent pas toujours aux participantes de se transmettre leur expertise, qui a été acquise au cours de leur formation et de leur expérience professionnelle, ce qui risque d'affecter la qualité des interventions selon elles. D'autre part, le temps limité des rencontres de l'équipe transdisciplinaire ne permet pas toujours de soutenir la pratique compétente. Les participantes rapportent que la prise de décision parfois expéditive ne leur permet pas d'exercer pleinement leur jugement clinique ni de se soutenir mutuellement dans leurs interventions. À l'instar des participantes de cette étude, Evans (2017) rapporte, dans sa réflexion critique portant sur la transdisciplinarité, un sentiment d'incompétence lié au fait d'offrir des interventions hors de son champ disciplinaire, en plus d'une peur de négliger des aspects

importants de l'intervention compte tenu de son manque d'expertise. Elle lie aussi les faibles opportunités d'échange entre les membres de son équipe à la diminution de la qualité des interventions, ce qui est cohérent avec les résultats de cette étude. En outre, malgré le temps limité des rencontres d'équipe, les participantes relèvent que le droit à la confidentialité des clients peut être bafoué lors du partage d'informations parfois sensibles à l'ensemble des membres de l'équipe, en vue de partager la prise de décision. Puisque cette pratique est inhérente à la transdisciplinarité (Van Bower, 2017) et que le consentement n'est obtenu qu'une seule fois en début de suivi, plusieurs participantes jugent que les clients ne sont pas en mesure de consentir de façon ni libre ni éclairée ni continue à la divulgation de leurs informations personnelles entre les membres de l'équipe. En outre, des clients pourraient souhaiter transmettre certaines informations à un ou des membres de l'équipe, mais pas à d'autres pour diverses raisons.

Relativement aux enjeux éthiques liés à la transdisciplinarité, les résultats de cette étude révèlent que le cadre conceptuel transdisciplinaire partagé par l'équipe peut aussi mettre en péril le respect de certaines valeurs. L'objectif de ce cadre est d'intégrer, voire de transcender, les perspectives disciplinaires par rapport à un problème (Rosenfield, 1992), afin que les membres de l'équipe transdisciplinaire partagent une compréhension commune du problème et une approche d'intervention concertée pour le résoudre (Monthuy-Blanc et al., 2016). Par contre, selon les participantes de cette étude, ce cadre conceptuel transdisciplinaire ne leur permet d'actualiser la pratique centrée sur le client que dans une moindre mesure, puisqu'un processus d'intervention et des approches thérapeutiques prédéterminées sont utilisés par tous les membres de l'équipe pour traiter tous les clients de manière similaire. De ce fait, elles rapportent vivre un dilemme éthique entre le respect du cadre transdisciplinaire partagé par l'équipe et l'actualisation d'une pratique davantage centrée sur le client et donc davantage respectueuse de la singularité et de l'unicité de chacun des clients. Ces résultats se distinguent dans une certaine mesure des écrits indiquant que la collaboration transdisciplinaire permet d'offrir des soins et services plus holistiques aux clients (Van Bower, 2017). En effet, bien que la transdisciplinarité permette en théorie ou dans un monde idéal une intégration et une unification des disciplines ainsi que des idées et des approches favorisant une résolution de problème plus efficace, intégrative et collaborative selon les écrits (Choi et Pak, 2006), les résultats de cette étude indiquent plutôt que la perspective des clients par rapport à leurs conditions de santé n'est pas systématiquement prise en compte dans le cadre

conceptuel partagé par l'équipe ou si elle l'est en théorie, cela ne se manifeste pas systématiquement. Similairement à Fedysyn et Sullivan (2007), cette étude met en lumière la croyance répandue dans le système de santé suivant laquelle les personnes présentant un TCA devraient toutes bénéficier des mêmes interventions, ce qui peut mettre en péril l'actualisation de la pratique centrée sur le client à un niveau systémique, au profit d'une approche davantage centrée sur les symptômes. Par ailleurs, le cadre conceptuel transdisciplinaire partagé par les membres d'une équipe agit aussi à titre de référent épistémologique et axiologique (Drolet, 2014), ce qui peut faciliter la collaboration puisque des savoirs et des valeurs communes orientent les actions de chacun des intervenants. Cependant, les résultats de cette étude attestent que les intervenantes ont des divergences axiologiques et épistémologiques avec le référent de l'équipe, ce qui les amène à vivre des conflits d'allégeance, voire des dilemmes éthiques. À l'instar d'écrits traitant de la pratique multidisciplinaire (Devery, Scalan et Ross, 2018; Kendall et Hugman, 2016), les participantes indiquent que leurs valeurs professionnelles et personnelles peuvent par moments diverger, voire s'opposer à celles partagées par l'équipe. Malgré que ces conflits de valeurs touchent des aspects cruciaux à la base de leurs interventions, les participantes rapportent que pas assez d'espaces de discussion ne leur sont accordés pour nommer, voire débattre de ces divergences avec les autres membres de l'équipe. De fait, les résultats de cette étude mettent en évidence une situation de myopie éthique (Fulford, 2004) au sein de l'équipe induite par le cadre conceptuel transdisciplinaire, puisqu'il présume que les membres de l'équipe et les clients partagent tous les mêmes valeurs ou devraient le faire.

Dans un troisième temps, cette étude a permis d'identifier que les solutions utilisées par les membres de l'équipe pour résoudre les enjeux éthiques relatifs à leur pratique étaient toutes issues du domaine individuel. En effet, comme le suggèrent plusieurs écrits (Bernacchi, 2017; Choate, Hermann, Polte et Manton, 2013; Devery, Scalan et Ross, 2018; Faith, Pinhas, Schmelefske et Bryden, 2003; Warren, Crowley, Olivardia et Schoen, 2009; Wright et Schroeder, 2016), les participantes disent unanimement obtenir du soutien de leurs pairs, voire de l'ensemble de l'équipe pour résoudre les enjeux éthiques. De plus, elles utilisent la pratique réflexive et consultent des ressources éthiques, ce qui est cohérent avec les écrits suggérant que ces moyens soutiennent une pratique respectueuse de l'éthique (Choate, Hermann, Polte et Manton, 2013; Fedysyn et Sullivan, 2007; Wojtowicz, Alberga, Parsons et von Ranson, 2015). En outre, les résultats de cette étude

montrent que les solutions envisagées par les participantes incluent quelques solutions issues du domaine organisationnel, notamment la mise en place d'un temps de discussion d'équipe spécifique à l'éthique lors des rencontres d'équipe ainsi que l'adoption d'une procédure pour formaliser la délibération éthique, ce qui est également suggéré dans plusieurs écrits (Choate, Hermann, Polte et Manton, 2013; Faith, Pinhas, Schmelefske et Bryden, 2003; Kendall et Hugman, 2016; Manley, Smye et Srikameswaran, 2001; Matusek et Wright, 2010). Aussi, cette étude met en évidence que plus de formation en éthique est nécessaire pour outiller les intervenants à résoudre les enjeux éthiques que pose la pratique transdisciplinaire auprès de personnes présentant un TCA. Enfin, les résultats révèlent qu'aucune piste de solution issue du domaine sociétal n'est utilisée ou envisagée par les participantes, ce qui rejoint d'autres études qui révèlent que les professionnels de la santé et des services ont de la difficulté à identifier de telles pistes de solution (Drolet, Carrier, Hudon et Hurst, sous presse).

6.3 Interprétation des résultats

Trois pistes de réflexion de nature critique découlant des résultats de l'étude sont ici articulées. Au final, elles visent, bien humblement, à proposer des avenues pour améliorer les interventions avec la clientèle présentant un TCA. Ces réflexions s'articulent autour de trois thèmes, soit : 1) les exigences d'une pratique transdisciplinaire respectueuse de l'éthique; 2) l'utilité du concept d'injustice épistémique pour réfléchir aux enjeux éthiques que pose la pratique auprès de personnes présentant un TCA; 3) l'importance d'intervenir par rapport aux TCA selon une perspective sociétale.

6.3.1 Exigences d'une pratique transdisciplinaire respectueuse de l'éthique

Cette étude a mis en évidence une perspective éthique de la transdisciplinarité qui est peu documentée dans les écrits à notre connaissance. En effet, les résultats révèlent que les membres de l'équipe transdisciplinaire ayant participé à l'étude vivent des enjeux éthiques liés à ce type de collaboration. Malgré que d'autres études soient nécessaires pour approfondir la compréhension de ce phénomène, notamment auprès d'autres équipes transdisciplinaires, les résultats de cette étude portent à réfléchir sur les conditions nécessaires pour que les intervenants puissent actualiser une pratique transdisciplinaire respectueuse de l'éthique. D'une part, cette étude suggère que des ressources suffisantes et des opportunités d'échange fréquentes doivent être accordées aux

intervenants pratiquant en transdisciplinarité, afin qu'ils puissent transcender les frontières de leurs disciplines, tout en maintenant une pratique compétente. De fait, à l'instar des résultats de Cartmill et ses collaborateurs (2011), cette étude évoque qu'un haut degré de soutien organisationnel est nécessaire pour habilitier les membres d'équipes transdisciplinaires à transférer leurs connaissances disciplinaires entre eux et à partager la prise de décision. Or, les stratégies de gestion managériales régissant actuellement le système de santé ne permettent pas d'offrir aux intervenants le degré de soutien requis par la transdisciplinarité selon Evans (2017). Selon cette auteure, l'optimisation de la rentabilité et de l'efficacité des services amène le système de santé à valoriser le temps direct des professionnels, c'est-à-dire le temps passé avec les clients, tout en réduisant leur temps indirect, dédié notamment aux activités administratives et collaboratives. Conséquemment, les résultats de cette étude suggèrent qu'une pratique transdisciplinaire respectueuse de l'éthique n'est pas compatible avec de telles stratégies de gestion, et ce, même si certaines de leurs finalités, notamment l'augmentation de l'efficacité des services, se rejoignent.

D'autre part, cette étude suggère que des temps de discussion spécifiques à l'éthique devraient être établis au sein des équipes transdisciplinaires. En plus de permettre aux membres de délibérer ensemble par rapport à des enjeux éthiques vécus avec la clientèle, ces temps seraient aussi l'occasion pour eux de débattre des valeurs issues des cadres conceptuels partagés par leurs équipes. En effet, bien que le partage d'un cadre conceptuel soit fondamental à la pratique transdisciplinaire (Rosenfield, 1992), les résultats de cette étude montrent qu'il peut causer une myopie éthique au sein des équipes. De fait, les participantes de cette étude rapportent vivre des divergences axiologiques avec le cadre conceptuel utilisé par leur équipe, mais peu d'entre elles indiquent le remettent en question. Similairement aux résultats de Kendall et Hugman (2016) abordant la multidisciplinarité, il est possible que les membres d'équipes transdisciplinaires aient une motivation à exprimer des connaissances et des valeurs se rapportant à celles transmises par leur cadre conceptuel, puisqu'il agit à titre d'autorité épistémique et axiologique dans leurs équipes. Alors que ce rôle était détenu par un des membres dans les équipes multidisciplinaires (Kendall et Hugman, 2016), il est possible que ce soit le cadre conceptuel qui s'impose en tant que norme dans les équipes transdisciplinaires, considérant son caractère intégratif et transcendantal des pratiques probantes des différentes disciplines (Rosenfield, 1992). Conséquemment, pour favoriser une pratique respectueuse de l'éthique, il est essentiel que les membres des équipes

transdisciplinaires aient plus d'espaces pour réfléchir aux valeurs à la base de leurs interventions et discuter de celles-ci de manière franche, respectueuse et ouverte. Cette réflexion d'équipe pourrait faire en sorte que l'application du cadre conceptuel soit plus flexible et donc, que les interventions transdisciplinaires reflètent davantage un équilibre entre les résultats probants, l'expérience des intervenants et la perception des clients, permettant d'actualiser une réelle pratique fondée sur les résultats probants (Law, Pollock et Stewart., 2004).

6.3.2 Utilité du concept d'injustice épistémique pour réfléchir aux enjeux éthiques que pose la pratique auprès de personnes présentant un TCA

Rappelons que cette étude révèle que l'autonomie des personnes présentant un TCA est parfois compromise par des normes externes lorsqu'elles reçoivent des soins de santé ou des services sociaux. D'une part, plusieurs dilemmes éthiques rapportés par les participantes opposent le respect de l'autonomie des clients à la bienfaisance. D'autre part, la perspective des personnes présentant un TCA par rapport à leur santé n'est pas toujours prise en compte dans le cadre conceptuel transdisciplinaire de l'équipe pour déterminer les approches à préconiser. Conséquemment, ces situations présentent un risque pour cette clientèle de subir du paternalisme de la part des thérapeutes (Lask, 2015), c'est-à-dire des situations où l'autorité épistémique d'un thérapeute ou de l'équipe transdisciplinaire sert de norme pour justifier que l'autonomie d'un client puisse être totalement ou en partie bafouée. Le concept d'injustice épistémique (Fricker, 2007) est tout particulièrement utile pour adopter un regard éthique sur ce phénomène.

L'injustice épistémique (Fricker, 2007) est de plus en plus discutée dans les recherches en philosophie, en éthique et en bioéthique, en outre dans le domaine de la santé mentale (Leblanc et Kinsella, 2016). Cette forme d'injustice se produit lorsque l'aptitude de personnes à transmettre de la connaissance aux autres et à faire sens de leur propre expérience est diminuée ou lésée (Fricker, 2007). Selon la terminologie de Fricker (2007), deux types d'injustice épistémique se produisent : l'injustice testimoniale et l'injustice herméneutique. L'injustice testimoniale rend compte d'injustices vécues par des personnes en raison de la faible valeur ou crédibilité qui est accordée à leurs visions des choses et à leurs savoirs expérientiels. Elle survient notamment lorsque la crédibilité de ces personnes à transmettre une connaissance est minée par des préjugés ou stigmas entretenus à leur égard (Fricker, 2007). En lien avec les résultats de cette étude, il est

possible que les préjugés pouvant être entretenus par les intervenants par rapport aux personnes qui souffrent de TCA, notamment ceux suivant lesquelles ces personnes seraient inconscientes de leurs conditions ou irrationnelles en raison de leurs distorsions cognitives et perceptuelles (Fedysyn et Sullivan, 2007), mènent à des situations d'injustice épistémique de nature testimoniale. En effet, ces préjugés limitent la capacité de ces dernières à faire valoir leurs points de vue au sein de la relation thérapeutique et à être perçues comme des personnes capables de savoir ce qui est bon pour elles, ce qui peut justifier une posture paternaliste basée sur la bienveillance de la part des intervenantes lorsqu'elles vivent des dilemmes éthiques où cette valeur est opposée à l'autonomie.

L'injustice herméneutique, quant à elle, est liée au fait que des personnes ne parviennent pas à partager leur subjectivité avec les ressources épistémiques existantes (connaissances, modèles, théories, etc.). Elle survient lorsque les paradigmes sanitaires et sociaux ne permettent pas à ces personnes d'exprimer fidèlement leur perception de leur situation ou lorsqu'un groupe de personnes fait face à des préjugés systémiques qui limitent sa capacité à générer des ressources épistémiques permettant de faire sens de sa propre expérience d'un phénomène (Fricker, 2007). En lien avec les résultats de cette étude, le manque d'opportunités pour les personnes atteintes de TCA de contribuer au développement du cadre conceptuel transdisciplinaire et aux choix des approches thérapeutiques utilisées l'équipe peut possiblement expliquer les difficultés que celles-ci rencontrent, le cas échéant, à faire sens de leur vécu expérientiel. Cet exemple pourrait contribuer à expliquer la présence d'une injustice herméneutique, laquelle devrait cependant être validée par des personnes ayant un TCA et ayant reçu des services de l'équipe.

L'injustice épistémique, qu'elle soit testimoniale ou herméneutique, a pour effet de dévaluer et de marginaliser la voix de certains groupes au profit de celle de groupes épistémiquement privilégiés (Leblanc et Kinsella, 2016). Bien que les pistes de réflexion ici présentées soient cohérentes avec les écrits traitant de ce type d'injustice dans le système de santé (Carel et Kidd, 2014; Leblanc et Kinsella, 2016), il est clair que d'autres études réalisées directement auprès de personnes atteintes de TCA sont nécessaires pour documenter la véritable incidence de ce phénomène. Il n'en demeure pas moins qu'il serait pertinent de faire connaître le concept d'injustice épistémique aux intervenantes et intervenants qui pratiquent auprès de

personnes présentant un TCA afin qu'ils puissent réfléchir aux enjeux éthiques qu'ils rencontrent selon cette perspective, voire remettre en question certaines de leurs pratiques. Considérant que les personnes qui présentent un TCA se trouvent souvent dans des situations de vulnérabilité, le concept d'injustice épistémique peut permettre à une équipe d'être attentive à sa posture épistémique, voire à son autorité épistémique, de façon à éviter d'augmenter la vulnérabilité des personnes qu'elle souhaite aider. En outre, le fait de valoriser la voix des personnes ayant un TCA et de les inclure dans le processus menant à l'élaboration des paradigmes, des modèles, des approches et des modalités d'intervention sont des avenues pour réduire, voire renverser ces types d'injustice présentes dans le domaine de la santé mentale (Leblanc et Kinsella, 2016).

6.3.3 Importance d'intervenir par rapport aux TCA selon une perspective sociétale

Bien que maints référentiels de compétences exigent que les professionnels de la santé et des services sociaux réalisent des activités d'*advocacy* systémique pour améliorer les soins et les services de santé, voire la société dans son ensemble, rares sont les professionnels qui se sentent compétents pour entreprendre de telles activités (Drolet, Lalancette et Caty, 2019). Les résultats de la présente étude confirment ce constat. En effet, en regard des manières de résoudre les enjeux éthiques que pose la pratique auprès de personnes présentant un TCA, les résultats de cette étude révèlent qu'aucune solution issue du domaine sociétal n'est utilisée ni envisagée par les participantes. Or, plusieurs écrits soutiennent que la justice sociale est mise en péril par le fait que la compréhension des TCA et que l'intervention auprès des personnes qui en sont atteintes est souvent limitée à la sphère de l'individu, alors que des structures sociales oppressives et sexistes contribuent à leur apparition et à leur maintien (Bernacchi, 2017; Piran, 2010; Wilson, 2004). De plus, les résultats de cette étude montrent que cet enjeu est exacerbé par l'accessibilité limitée des services d'aide psychologique adéquats pour les personnes ayant un TCA ou pour celles présentant un problème psychologique apparenté. Considérant ces éléments, il apparaît pertinent de souligner que des actions pourraient être entreprises par les intervenants pour résoudre ces enjeux sociétaux. L'implication au sein d'associations, de recherches ou d'organismes de promotion et de défendre des droits des clients pourraient être des avenues intéressantes pour les professionnels ayant le désir de s'engager socialement. Par ailleurs, des études mettent en évidence le rôle des professionnels de la santé dans la mise en œuvre de programmes de prévention des TCA qui incluent une perspective féministe de ces troubles (Bernacchi, 2017; Piran, 2010; Russel-Mayhew

et Grace, 2016). Bien que leurs contextes cliniques ne leur permettent pas toujours (Bernacchi, 2017), cette étude renforce l'importance que les intervenants pratiquant auprès de personnes présentant un TCA s'investissent dans des activités d'*advocacy* systémique orientées vers la promotion d'images corporelles saines et diversifiées, de même que vers l'augmentation des services en santé mentale pour cette population.

6.4 Forces et limites de l'étude

Cette recherche présente des forces et des limites. En ce qui a trait aux forces, la méthode d'échantillonnage utilisée a permis de recueillir des perspectives variées par rapport aux enjeux éthiques rencontrés par l'équipe. Entre autres, l'inclusion de stagiaires, de professionnels n'ayant pas d'expérience préalable auprès de la clientèle TCA et de professionnels expérimentés issus d'une variété de discipline a permis d'obtenir des perceptions diverses quant aux phénomènes étudiés, sans toutefois nuire à la saturation des données. De fait, la saturation des données a été obtenue, en ceci que les nouvelles données issues des deux derniers entretiens n'ont ajouté aucune information nouvelle par rapport aux phénomènes à l'étude. De plus, la méthode de collecte des données sous forme d'entretiens individuels a favorisé l'expression des participantes. Compte tenu des liens unissant les participantes, ce type d'entretien a permis de préserver leur confidentialité, ce qui a pu soutenir leur courage éthique à partager leurs perspectives et vécus. Leur partage a aussi été soutenu par le canevas d'entrevue basé sur le cadre conceptuel de l'étude, qui a pu leur permettre de réfléchir à plusieurs types d'enjeux éthiques et de solutions. Également, la rétroaction d'une participante par rapport aux résultats de l'étude a été obtenue afin d'assurer une rigueur scientifique dans l'analyse des données collectées. Enfin, cette étude documente des enjeux éthiques peu documentés à ce jour dans les écrits, notamment dans le domaine de l'ergothérapie.

La principale limite de cette étude réside dans le fait que les résultats reflètent les perspectives de membres d'une seule équipe transdisciplinaire. Bien qu'un nombre adéquat de participants pour une recherche ayant opté pour un devis qualitatif ait pris part à l'étude et que ses objectifs aient été atteints par l'obtention de la saturation des données (Thomas et Pollio, 2002), la compréhension du phénomène à l'étude ne se limite qu'à l'expérience d'une seule équipe transdisciplinaire intervenant auprès de personnes ayant un TCA de sévérité légère à modérée. De fait, la transférabilité des résultats à d'autres équipes transdisciplinaires pratiquant auprès de

personnes présentant un TCA est probablement limitée, mais les résultats offrent tout de même un portrait partiel du phénomène étudié. Cela dit, il revient à chaque équipe de juger de la transférabilité des résultats à leur réalité. Par ailleurs, le fait que l'étudiante-chercheuse ait réalisé un stage au sein de l'équipe transdisciplinaire étudiée peut représenter un biais pour l'étude. Même si l'analyse des données a été réalisée avec rigueur, que celle-ci ait tenté de mettre en parenthèses ses opinions et qu'une participante ait offert une rétroaction sur les résultats, il est envisageable que ce biais ait tout de même pu teinter les résultats. Cela dit, cela peut aussi être considéré comme une force, en ceci que l'étudiante-chercheuse avait une connaissance intime de la pratique scrutée. Par ailleurs, seules des participantes féminines de culture occidentale ont contribué à la recherche. Il est possible que des participants masculins ou appartenant à une autre culture aient des perceptions différentes des enjeux et pistes de solution ici documentés, mais cela reste à être déterminé. Enfin, pour mieux cerner les phénomènes ici étudiés, les perceptions des personnes présentant un TCA et leur famille assureraient la triangulation des résultats (Fortin et Gagnon, 2016).

6.5 Retombées potentielles de l'étude

Cette étude peut avoir des retombées pour la pratique, l'enseignement, la recherche et la gouvernance. Concernant la pratique, cette étude peut permettre de sensibiliser des ergothérapeutes et d'autres professionnels de la santé qui interviennent en santé mentale aux enjeux éthiques que pose la pratique transdisciplinaire auprès de personnes présentant un TCA. En effet, cette étude identifie des enjeux éthiques dans les trois domaines de l'éthique (Glaser, 1994), ce qui peut les conscientiser à des réalités éthiques au-delà de la relation thérapeutique. De plus, les pistes de solution découlant des résultats de cette étude peuvent permettre de mieux les habiliter à résoudre les enjeux éthiques qu'ils rencontrent.

Relativement à l'enseignement, cette étude montre l'importance de former davantage les professionnels de la santé pratiquant auprès de personnes présentant un TCA aux dimensions éthiques de leur pratique. De fait, bien que toutes les participantes de cette étude aient reçu des formations en éthique, elles rapportent manquer d'aisance pour résoudre les enjeux éthiques que pose leur pratique. Considérant que les enjeux éthiques mal résolus peuvent présenter un risque pour la clientèle de subir du paternalisme de la part des professionnels (Lask, 2015), il importe de

mieux les outiller. Pour ce faire, les résultats de cette étude peuvent contribuer à la formation continue de ces professionnels. De plus, une autre piste de solution serait de faire connaître aux professionnels le concept d'injustice épistémique afin que cette perspective teinte leur raisonnement éthique ou qu'ils soient conscients des injustices liées aux connaissances. Les étudiants de diverses disciplines de la santé pourraient aussi profiter des résultats de cette étude, et ce, bien qu'elle soit exploratoire.

Au sujet de la recherche, cette étude a permis d'examiner les dimensions éthiques de la transdisciplinarité qui n'étaient que peu documentées dans les écrits à notre connaissance. Plus d'études sont nécessaires pour comprendre le phénomène en profondeur, mais il n'en demeure pas moins que les enjeux éthiques qui ont été décrits dans le cadre de cette étude constituent des pistes de réflexion pouvant être utiles pour mieux cerner les défis de cette pratique. Comme mentionné précédemment, il serait aussi pertinent d'obtenir la perspective de la clientèle et de leurs proches par rapport aux enjeux et pistes de solution documentés, de même que celle de thérapeute masculin et originaire d'autres cultures.

Quant à la gouvernance, cette étude suggère que certaines conditions sont nécessaires afin que les professionnels puissent actualiser une pratique transdisciplinaire respectueuse de l'éthique. Considérant que ce modèle collaboratif est un nouveau paradigme de collaboration (Cartmill, Skolaridis et Cassidy, 2011; Monthuy-Blanc et al., 2016), cette étude peut permettre de sensibiliser les gestionnaires d'équipes transdisciplinaires aux exigences supplémentaires d'une telle pratique sur le plan de l'éthique. Ils pourraient aussi contribuer à repenser nos manières de percevoir socialement les personnes ayant un TCA, en considérant la justice et les injustices épistémiques.

7. CONCLUSION

Cette étude visait à explorer les enjeux éthiques rencontrés par une équipe transdisciplinaire qui intervient auprès de personnes présentant un TCA ainsi que les moyens que les intervenantes de cette équipe utilisent ou envisagent pour les surmonter. Les résultats montrent que les intervenantes rencontrent des enjeux éthiques liés à l'intervention avec la clientèle ayant un TCA et d'autres liés à la collaboration transdisciplinaire. En ce qui a trait aux enjeux éthiques liés à l'intervention, elles relèvent plusieurs situations de dilemmes éthiques où le respect de l'autonomie des clients s'oppose au devoir de bienfaisance du thérapeute. Elles rapportent aussi vivre des situations de conflit d'allégeance envers les valeurs de leurs clients versus leurs valeurs personnelles ou professionnelles. De plus, elles peuvent éprouver de la détresse éthique lorsque l'accessibilité à des services adéquats est limitée pour les clients. Au sujet des enjeux éthiques liés à la transdisciplinarité, les intervenantes indiquent que le transfert de connaissances et les échanges entre les membres de leur équipe sont parfois insuffisants pour assurer l'actualisation de la pratique compétente. Également, elles vivent des dilemmes éthiques opposant le respect du cadre conceptuel transdisciplinaire partagé par leur équipe et l'actualisation d'une pratique davantage cohérente avec leurs valeurs personnelles et professionnelles. En outre, le partage de la prise de décision entre les membres de l'équipe peut mettre en péril le respect de la confidentialité des clients, selon les intervenantes. Enfin, les résultats montrent que les solutions utilisées par les intervenantes pour résoudre ces enjeux éthiques sont toutes issues du domaine individuel, mais qu'elles envisagent quelques solutions issues du domaine organisationnel.

En somme, cette étude a permis d'amorcer une réflexion éthique sur la pratique transdisciplinaire auprès de personnes présentant un TCA. Les résultats de cette étude suggèrent que les évidences scientifiques constituent des normes qui occupent une place prédominante dans la pratique transdisciplinaire auprès de personnes présentant un TCA. Ce faisant, certaines valeurs chères aux intervenantes ainsi que certains droits fondamentaux de la clientèle sont susceptibles d'être bafoués lorsque des enjeux éthiques se posent. Conséquemment, cette étude suggère que la pratique transdisciplinaire auprès de personnes présentant un TCA devrait être centrée davantage sur les valeurs (*value based practice*), et ce, afin que l'équipe transdisciplinaire, incluant les clients, puisse réfléchir et discuter de celles-ci de manière franche, respectueuse et ouverte. Considérant

la dimension sociale des TCA, cette réflexion s'inscrit dans un contexte plus large, en ce sens qu'il est nécessaire que la société dans son ensemble revoie son rapport à l'alimentation, au corps et aux personnes atteintes de troubles de santé mentale.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (APA). (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders* (3e éd.). Repéré à : https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf
- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2012). *Le profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa, ON: Publications ACE.
- Bernacchi, D. L. (2017). Bulimia Nervosa: A Comprehensive Analysis of Treatment, Policy, and Social Work Ethics. *Social Work*, 62(2), 174-180.
- Caldicott, C. V., & Faber-Langendoen, K. (2005). Deception, discrimination, and fear of reprisal: lessons in ethics from third-year medical students. *Academic Medicine*, 80(9), 866-873.
- Campbell, A. T., & Aulisio, M. P. (2012). The stigma of "mental" illness: end stage anorexia and treatment refusal. *The International Journal of Eating Disorders*, 45(5), 627-634.
- Carel, H., & Kidd, I. J. (2014). Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(4), 529-540.
- Cartmill, C., Soklaridis, S., & Cassidy, J. D. (2011). Transdisciplinary teamwork: the experience of clinicians at a functional restoration program. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(1), 1-8.
- Choate, L. H., Hermann, M. A., Pottle, L., & Manton, J. (2013). Ethical and legal issues in counseling clients with eating disorders. In L. H. Choate (Ed.), *Eating disorders and obesity: A counselor's guide to prevention and treatment*. (pp. 69-88). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Choi, B. C. K., & Pak, A. W. P. (2006). Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical & Investigative Medicine*, 29(6), 351-364.

- Clark, M., & Nayar, S. (2012). Recovery from eating disorders: A role for occupational therapy. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 59(1), 13-17.
- Couturier, Y., & Belzile, L. (2018). La collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux. Montréal, QC: Presses de l'Université de Montréal.
- Crisp, A., Gowers, S., Joughin, N., McClelland, L., Rooney, B., Nielsen, S., ... & Hartman, D. (2006). Anorexia nervosa in males: Similarities and differences to anorexia nervosa in females. *European Eating Disorders Review*, 14, 163-167.
- Crouch, R. & Alers, V. (2014). The treatment of eating disorders in occupational therapy. Dans R. Crouch et V. Alers (dir.), *Occupational therapy in psychiatry and mental health* (5e éd., pp. 408-418), John Wiley & Sons, ltd.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M. D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), 116-131.
- Devery, H., Scanlan, J. N., & Ross, J. (2018). Factors associated with professional identity, job satisfaction and burnout for occupational therapists working in eating disorders: A mixed methods study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 65(6), 523-532.
- Draper, H. (2000). Anorexia nervosa and respecting a refusal of life-prolonging therapy: a limited justification. *Bioethics*, 14(2), 120-133.
- Drolet, M-J. (2014). *De l'éthique à l'ergothérapie. La philosophie au service de la pratique ergothérapique* (2^e éd.). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Drolet, M-J., Carrier, A., Hudon, A., & Hurst, S. (sous presse). Être un agent de changement social: l'advocacy systémique pour résoudre les conflits de loyautés multiples. Dans J. Centeno, L. Bégin & L. Langlois (dir), *Les loyautés multiples : Mal-être au travail et enjeux éthiques* (tome 2). Montréal. QC : Les Éditions Nota Bene.
- Drolet, M-J., Lalancette, M. & Caty, M-E. (2019). *ABC de l'argumentation : pour les professionnels de la santé ou toute autre personne qui souhaite convaincre* (2^e ed.). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.

- Drolet, M-J., & Maclure, J. (2016). Les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie: perceptions d'ergothérapeutes. *Approches inductives: Travail intellectuel et construction des connaissances*, 3(2), 166-196.
- Evans, S. (2017). The Social Worker as Transdisciplinary Professional: A Reflective Account. *Australian Social Work*, 70(4), 500-507.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavioral therapy and eating disorders*. New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509-528.
- Faith, K., Pinhas, L., Schmelefske, J., & Bryden, P. (2003). Developing a feminist-informed model for decision making in the treatment of adolescent eating disorders. *Eating Disorders*, 11(4), 305-315.
- Fedyszyn, I. E., & Sullivan, G. B. (2007). Ethical re-evaluation of contemporary treatments for anorexia nervosa: Is an aspirational stance possible in practice? *Australian Psychologist*, 42(3), 198-211.
- Filaire, E., Rouveix, M., & Bouget, M. (2008). Troubles du comportement alimentaire chez le sportif. *Science & Sports*, 23(2), 49-60.
- Flinterman, J. F., Teclemariam-Mesbah, R., Broerse, J. E., & Bunders, J. F. (2001). Transdisciplinarity: The new challenge for biomedical research. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 21(4), 253-266.
- Fortin, M-F, et Gagnon, J (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3e éd.). Montréal, QC : Chenelière éducation.
- Fortin, P., & Parent, P-P. (2004). *Le souci éthique dans les pratiques professionnelles*. Paris : L'Harmattan.
- Fricke, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford: Oxford University Press.

- Fulford, K. W. M. (2004). Facts/values. Dans J. Radden (dir.). *The philosophy of psychiatry: a companion*. Oxford: Oxford University Press.
- Gardiner, C., & Brown, N. (2010). Is there a role for occupational therapy within a specialist child and adolescent mental health eating disorder service? *The British Journal of Occupational Therapy*, 73(1), 38-43.
- Giordano, S. (2010). Anorexia and refusal of life-saving treatment: The moral place of competence, suffering, and the family. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 17(2), 143-154.
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of phenomenological psychology*, 28(2), 235-260.
- Glaser, J. W. (1994). *Three realms of ethics. Individual, Institutional, Societal. Theoretical Model and case studies*. Kansas City: Sheed & Ward.
- Hébert, P. C., & Weingarten, M. A. (1991). The ethics of forced feeding in anorexia nervosa. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 144(2), 141-144.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61(3), 348-358.
- Husserl, E. (1970). *The crisis of European sciences and transcendental phenomenology*. Evanston: Northwestern University Press.
- Husserl, E. (1999). The train of thoughts in the lectures. Dans E. C. Polifroni et M. Welch (dir.), *Perspectives on philosophy of science in nursing* (pp. 247-262). Philadelphia, PA: Lippincott.
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Kendall, S. (2014). Anorexia nervosa: The diagnosis: A postmodern ethics contribution to the bioethics debate on involuntary treatment for anorexia nervosa. *Journal of Bioethical Inquiry*, 11(1), 31-40.

- Kendall, S., & Hugman, R. (2016). Social work and the ethics of involuntary treatment for anorexia nervosa: A postmodern approach. *Ethics and Social Welfare*, 7(4), 310-325.
- Kinsella, E. A., Park, A. J. S., Appiagyei, J., Chang, E., & Chow, D. (2008). Through the eyes of students: Ethical tensions in occupational therapy practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(3), 176-183.
- Kloczko, E., & Ikiugu, M. N. (2006). The role of occupational therapy in the treatment of adolescents with eating disorders as perceived by mental health therapists. *Occupational Therapy in Mental Health*, 22(1), 63-83.
- Lask, B. (2015). Who owns the disorder and who owns the knowledge? Advances in Eating Disorders: Theory, *Research and Practice*, 3(1), 1-2.
- Law, M., Pollock, N., & Stewart, D. (2004). Evidence-based occupational therapy: Concepts and strategies. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 51(1), 14.
- Leblanc, S., & Kinsella, E. A. (2016). Toward epistemic justice: A critically reflexive examination of 'sanism' and implications for knowledge generation. *Studies in Social Justice*, 10(1), 59-78.
- Lock, L. C., & Pépin, G. (2019). Eating Disorders. Dans C. Brown, V. C. Stoffel et J. P. Munoz(dir.), *Occupational therapy in mental health: a vision for participation* (2^e éd., pp. 154-168). Philadelphia: F. A. Davis
- Lopez, A., Yager, J., & Feinstein, R. E. (2010). Medical futility and psychiatry: palliative care and hospice care as a last resort in the treatment of refractory anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 43(4), 372-377.
- O'reilly, L., & Cara, C. (2014). La phénoménologie de Husserl : application de la méthode Investigation relationnelle Caring pour mieux comprendre l'expérience infirmière d'« être avec » la personne soignée en réadaptation. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (pp. 65-84). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec

- Piaget, J. (1972). L'épistémologie des relations interdisciplinaires. Dans *L'interdisciplinarité : problèmes d'enseignement et de recherche dans les universités* (pp. 131-144). Paris : Organisation de coopération et de développement économique.
- Piran, N. (2010). A feminist perspective on risk factor research and on the prevention of eating disorders. *Eating Disorders*, 18(3), 183-198.
- Provencher, M. (2008). Petit cours d'éthique et de politique. Montréal, QC : Les éditions de la Chenelière.
- MacDonald, C. (2002). Treatment resistance in anorexia nervosa and the pervasiveness of ethics in clinical decision making. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47(3), 267-270.
- Manley, R. S., Smye, V., & Srikameswaran, S. (2001). Addressing complex ethical issues in the treatment of children and adolescents with eating disorders: Application of a framework for ethical decision-making. *European Eating Disorders Review*, 9(3), 144-166.
- Matusek, J. A., & Wright, M. O. D. (2010). Ethical dilemmas in treating clients with eating disorders: A review and application of an integrative ethical decision-making model. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 18(6), 434-452.
- Monthuy-Blanc, J. (2018a). Approche historique des troubles du comportement alimentaire. Dans J. Monthuy-Blanc (dir.), *Fondement approfondis des troubles du comportement alimentaire* (pp. 62-73). Montréal, QC : JFD éditions.
- Monthuy-Blanc, J. (2018b). Définition et diagnostic des troubles du comportement alimentaire. Dans J. Monthuy-Blanc (dir.), *Fondement approfondis des troubles du comportement alimentaire* (pp. 62-73). Montréal, QC : JFD éditions.
- Monthuy-Blanc, J., et Côté, M. (2018). Épidémiologie des troubles du comportement alimentaire. Dans J. Monthuy-Blanc (dir.), *Fondement approfondis des troubles du comportement alimentaire* (pp. 62-73). Montréal, QC : JFD éditions.
- Monthuy-Blanc, J., Dupont, A., Ouellet, M., St-Pierre, M., St-Pierre, L. et Thibault, I. (2018). Poids de l'interdisciplinarité. Dans J. Monthuy-Blanc (dir.), *Fondement approfondis des troubles du comportement alimentaire* (pp. 62-73). Montréal, QC : JFD éditions.

- Monthuy-Blanc, J., Gagnon-Girouard, M-P., Thibault, I. et al. (2016). *Programme d'intervention intégratif, dimensionnel et transdisciplinaire des troubles du comportement alimentaire, programme d'intervention*. Rapport scientifique au Centre intégré universitaire de la Santé et des Services sociaux de la région Mauricie et Centre-du-Québec. Document inédit, Laboratoire de recherche Loricorps. Trois-Rivières : QC : Département des sciences de l'éducation, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Monthuy-Blanc, J., Plouffe, L., Thibault, I, Dupont, A et Dagenais, C. (2016). De la multi à la transdisciplinarité, des modèles de collaboration qui enrichissent l'intervention. *La pratique en mouvement : le magazine des psychoéducateur*, 12, 9-11.
- Morris, R. (2012). Assessment of occupation and social performance. Dans J. Fox et K. Goss (dir.), *Eating and Its Disorders* (pp. 61-74). John Wiley & Sons, ltd.
- Niculescu, B. (2011). De l'interdisciplinarité à la transdisciplinarité: fondation méthodologique du dialogue entre les sciences humaines et les sciences exactes. *Nouvelles perspectives en sciences sociales: revue internationale de systémique complexe et d'études relationnelles*, 7(1), 89-103.
- Norrington, A., Stanley, R., Tremlett, M., & Birrell, G. (2012). Medical management of acute severe anorexia nervosa. *Archives of Disease In Childhood. Education and Practice Edition*, 97(2), 48-54.
- Rosenfield, P. L. (1992). The potential of transdisciplinary research for sustaining and extending linkages between the health and social sciences. *Social science & medicine*, 35(11), 1343-1357.
- Russell-Mayhew, S., & Grace, A. D. (2016). A call for social justice and best practices for the integrated prevention of eating disorders and obesity. *Eating disorders*, 24(1), 54-62.
- Schmidt, U., Brown, A., McClelland, J., Glennon, D., & Mountford, V. A. (2016). Will a comprehensive, person-centered, team-based early intervention approach to first episode illness improve outcomes in eating disorders? *International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 374-377.

- Shaw, L., Walker, R., & Hogue, A. (2008). The art and science of teamwork: enacting a transdisciplinary approach in work rehabilitation. *Work*, 30(3), 297-306.
- Spotts-De Lazzer, A., & Muhlheim, L. (2016). Eating disorders and scope of competence for outpatient psychotherapists. *Practice Innovations*, 1(2), 89-104.
- Swisher, L.L., Arsalanian, L.E., & Davis, C.M. (2005). The realm-individual-process situation (RIPS) model of ethical decision making, *HPA Resource*, 5(3), 3-8.
- Tan, D. J. O. A., Hope, P. T., Stewart, D. A., & Fitzpatrick, P. R. (2006). Competence to make treatment decisions in anorexia nervosa: thinking processes and values. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 13(4), 267-282.
- Thomas, S. P., & Pollio, H. R. (2002). *Listening to Patients: A Phenomenological Approach to Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Turner, H., Tatham, M., Lant, M., Mountford, V. A., & Waller, G. (2014). Clinicians' concerns about delivering cognitive-behavioural therapy for eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 57, 38-42.
- Tylka, T. L., & Subich, L. M. (1999). Exploring the construct validity of the eating disorder continuum. *Journal of Counseling Psychology*, 46(2), 268.
- Van Bower, V. (2017). Transdisciplinarity in Health Care: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 52(4), 339-347.
- Warren, C. S., Crowley, M. E., Olivardia, R., & Schoen, A. (2008). Treating patients with eating disorders: An examination of treatment providers' experiences. *Eating Disorders*, 17(1), 27-45.
- Watson, T. L., Bowers, W. A., & Andersen, A. E. (2000). Involuntary treatment of eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1806-1810.
- Weinstock, D. (2006). Profession éthicien. Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Williams, M., & Haverkamp, B. E. (2010). Identifying critical competencies for psychotherapeutic practice with eating disordered clients: a Delphi study. *Eating Disorders*, 18(2), 91-109.

- Wilson, J. (2004). Beyond psychiatry: How social workers conceptualise women and self-starvation. *Australian Social Work*, 57(2), 150-160.
- Wojtowicz, A. E., Alberga, A. S., Parsons, C. G., & von Ranson, K. M. (2015). Perspectives of Canadian fitness professionals on exercise and possible anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 3, 40-40.
- Wright, K., & Schroeder, D. (2016). Turning the Tables. *Cambridge Quarterly Of Healthcare Ethics*, 25(2), 219-227.
- Young, C. A. (1998). Building a care and research team. *Journal of the neurological sciences*, 160, S137-S140.

ANNEXE A

Tableau 1. *Écrits documentant les enjeux éthiques de la pratique auprès de personnes présentant un TCA*

	Autonomie du client s'oppose à bienfaisance			Pratique compétente		Pratique centrée sur le client		Valeurs professionnelles		Justice sociale et distributive	
	Refus de traitement	Résistance au traitement	Clientèle mineure	Comorbidités nombreuses	Manque de formation	Préjugés des intervenants	Attitudes paternalistes	Organisation des services	Prise de décisions en équipe	Inégalité des genres	Accessibilité aux soins
Ergothérapie		Devery et al. (2018)		Devery et al. (2018)		Monthuy-Blanc et al. (2018)		Devery et al. (2018)			
Médecine	Lopez et al. (2010); Norrington et al. (2010); Hébert et al. (1991)	MacDonald (2002)	Norrington et al. (2010)		Schmidt et al. (2016)						Schmidt et al. (2016)
Philosophie	Kendall (2014); Campbell et al. (2010); Matusek et al. (2010); Giordano (2010); Draper (2000)	Kendall (2014)					Lask (2015)				MacDonald (2011)
Psychologie	Choate et al. (2013); Fedysyn et al. (2007)		Choate et al. (2013)		Turner et al. (2014); Choate et al. (2013); Williams et al. (2010)	Fedysyn et al. (2007)				Russel-Mayhew et al. (2016, 2008); Piran (2010)	
Sciences de l'activité physique					Wojtowicz et al. (2015); Manley et al. (2008)						Wojtowicz et al. (2015)
Sciences infirmières		Wright et al. (2016)				Wright et al. (2016)					
Travail social	Kendall et al. (2016)			Bernacchi (2017)				Kendall et al. (2016)		Bernacchi (2017); Wilson (2004)	Bernacchi (2017)
Perspective multidisciplinaire	Faith et al. (2003); Manley et al. (2001)	Faith et al. (2003); Manley et al. (2001)	Faith et al. (2003); Manley et al. (2001)				Manley et al. (2001)				

ANNEXE B
Questionnaires sociodémographiques
Professionnels



Le but de ce questionnaire est de recueillir des informations sur vous. Soyez assuré que ces informations demeureront strictement confidentielles. Elles ne permettront pas de vous identifier.

A) Caractéristiques personnelles

1. Quel est votre âge? _____
2. Quel est votre genre? _____

B) Formation universitaire

1. Dans quelle discipline avez-vous fait vos études universitaires? _____
2. Quel est votre plus haut degré de scolarité complété? Cochez la case appropriée.

- ☐ Baccalauréat
- ☐ Diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS)
- ☐ Maîtrise
- ☐ Doctorat
- ☐ Post-Doctorat

3. Avez-vous suivi une ou des formations sur les TCA? Si oui, laquelle ou lesquelles?

4. Avez-vous suivi une ou des formations en éthique? Cochez la case appropriée.

- ☐ Aucune
- ☐ Formation de quelques heures ou jours
- ☐ Cours universitaire entièrement dédié à l'éthique
- ☐ Plusieurs cours universitaires entièrement dédiés à l'éthique
- ☐ Diplôme universitaire dédié à l'éthique

C) Expérience professionnelle

1. Depuis combien d'années êtes-vous professionnel? _____
2. Depuis combien d'années travaillez-vous avec la clientèle ayant un TCA? _____
3. Souhaitez ajouter autre chose? Merci de le spécifier ici, le cas échéant.

Merci énormément d'avoir rempli ce questionnaire et de participer à cette étude!

Stagiaires



Le but de ce questionnaire est de recueillir des informations sur vous. Soyez assuré que ces informations demeureront strictement confidentielles. Elles ne permettront pas de vous identifier.

D) Caractéristiques personnelles

3. Quel est votre âge? _____
4. Quel est votre genre? _____

E) Formation universitaire

5. Dans quelle discipline faites-vous vos études universitaires? _____
6. Quel est votre degré de scolarité en cours? Cochez la case appropriée.
☐ Baccalauréat
☐ Diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS)
☐ Maîtrise
☐ Doctorat
☐ Post-Doctorat

7. Avez-vous suivi une ou des formations sur les TCA? Si oui, laquelle ou lesquelles?

8. Avez-vous suivi une ou des formations en éthique? Cochez la case appropriée.

- ☐ Aucune
☐ Formation de quelques heures ou jours
☐ Cours universitaire entièrement dédié à l'éthique
☐ Plusieurs cours universitaires entièrement dédiés à l'éthique
☐ Diplôme universitaire dédié à l'éthique

F) Expérience professionnelle

4. Quelle est (a été) la durée de votre stage? _____
5. Avez-vous d'autres expériences d'intervention avec des personnes présentant un TCA? Si oui, lesquelles?

6. Souhaitez ajouter autre chose? Merci de le spécifier ici, le cas échéant.

Merci énormément d'avoir rempli ce questionnaire et de participer à cette étude!

ANNEXE C

Schémas de l'entrevue semi-dirigée

Merci d'avoir accepté de participer à cette recherche sur les enjeux éthiques de la pratique transdisciplinaire auprès de personnes ayant un trouble du comportement alimentaire (TCA) et les manières de surmonter de tels enjeux. Votre contribution à l'avancement des connaissances dans ce domaine peu exploré par les chercheurs est grandement appréciée.

Je vous rappelle que toute information nominative (noms des personnes, partenaires et établissements) divulguée ici restera confidentielle et ne sera utilisée que pour ce projet de recherche.

Au-delà des différentes catégories d'enjeux éthiques, le but de cette collecte de données est de vous offrir l'opportunité de parler des enjeux éthiques que pose votre pratique et de partager vos expériences vécues en ce sens. Il n'y a donc pas de bonne ni de mauvaise réponse.

Si vous êtes d'accord, je vais débiter l'enregistrement audionumérique de l'entrevue.

RÉCHAUFFEMENT

Nous avons bien reçu le questionnaire sociodémographique que vous avez rempli, merci beaucoup. Nous allons l'examiner plus en profondeur éventuellement. Pour débiter cette entrevue, nous aimerions connaître votre perception de votre pratique auprès des personnes ayant un TCA.

- A. Pouvez-vous me décrire brièvement vos expériences professionnelles?
- B. Depuis combien de temps travaillez-vous (quelle est la durée de votre stage) auprès de la clientèle ayant un TCA?
- C. Quelle est votre appréciation générale de cette pratique (points positifs et négatifs)?
- D. Pourquoi avez-vous opté pour cette pratique (pour ce stage)?

PARTIE 1 : LES ENJEUX ÉTHIQUES DE LA PRATIQUE

1. Vous arrive-t-il de rencontrer des **enjeux éthiques** (un enjeu éthique peut être défini comme une situation où au moins une valeur est compromise pour toute sorte de raison)?
2. À quelle **fréquence** rencontrez-vous de tels enjeux (quotidiennement, hebdomadairement, mensuellement, annuellement ou autre)?
3. Il existe dans les écrits plusieurs types d'enjeux éthiques comme le dilemme éthique, la tentation éthique, le silence éthique et la détresse éthique (Swisher et al., 2005). Si vous êtes d'accord, nous

poursuivrons l'examen des enjeux éthiques à l'aide de cette typologie des enjeux. Vous arrive-t-il de vivre des situations de **dilemme éthique** (un dilemme éthique correspond à une situation qui oppose au moins deux valeurs. Dans ce genre de situation, le professionnel est déchiré quant à l'action à accomplir, car la situation oppose au moins deux valeurs difficiles à concilier)? Pourriez-vous donner des exemples concrets.

4. Vous arrive-t-il de vivre des situations où vous savez ce que vous devriez faire, mais êtes tenté pour toutes sortes de raisons d'agir autrement (la **tentation éthique** consiste en une situation au sein de laquelle une valeur est opposée à un intérêt personnel ou organisationnel (situation de conflit d'intérêts). Dans ce genre de situation, le professionnel est partagé entre un bien éthique et un mal éthique. Plus encore, il est tenté de choisir le mal éthique, en raison des bénéfices personnels qu'il tire de cette option)? Pourriez-vous donner des exemples concrets.
5. Vous arrive-t-il de vivre des enjeux éthiques, mais que ceux-ci ne sont pas discutés dans votre milieu (le **silence éthique** correspond à une situation où une ou plusieurs valeurs sont mises en péril, mais personne ne les discute ni ne les aborde, pour diverses raisons. Il est par exemple possible que le professionnel ne soit pas en mesure de repérer la ou les valeurs bafouées dans la situation ou que la délibération éthique soit contrainte dans son milieu pour différentes raisons)? Pourriez-vous donner des exemples concrets.
6. Vous arrive-t-il de vivre des situations où vous savez ce que vous devriez faire, mais rencontrez des barrières qui vous empêchent d'agir en ce sens? Le cas échéant, avez-vous déjà ressenti une certaine détresse (la **détresse éthique** se présente lorsqu'un professionnel connaît la bonne action à réaliser, mais rencontre des barrières (généralement de nature organisationnelle) qui l'empêchent de l'accomplir, ce faisant, la ou les valeurs aux assises de cette action. Ce faisant, celui-ci est amené à vivre des émotions négatives, ce qui peut contribuer à l'épuiser affectivement, moralement)? Pourriez-vous donner des exemples concrets.
7. Rencontrez-vous dans votre pratique d'**autres types d'enjeux éthiques** (aveuglement éthique, myopie éthique, enjeu transdisciplinaire, enjeu lié à l'éthique de la recherche, etc.)?

PARTIE 2 : LES MANIÈRES DE SURMONTER CES ENJEUX

8. Comment surmontez-vous les enjeux éthiques (un enjeu éthique peut être défini comme une situation où au moins une valeur est compromise pour toute sorte de raison) que pose votre pratique ? Expliquez.
9. Les manières de surmonter les enjeux éthiques sont de diverses natures (ex. micro, méso et macro). Utilisez-vous des moyens de nature micro-environnementale, c'est-à-dire des solutions qui relèvent des personnes et de leurs interactions pour solutionner ces enjeux? Si oui, lesquels?
10. Utilisez-vous des moyens de nature méso-environnementale, c'est-à-dire des solutions qui relèvent de votre milieu de travail et de l'organisation du travail pour solutionner ces enjeux? Si oui, lesquels?
11. Utilisez-vous des moyens de nature macro-environnementale, c'est-à-dire des solutions qui relèvent de la société dans son ensemble, de ses lois, normes, politiques ou autres pour solutionner ces enjeux? Si oui, lesquels?
12. Consultez-vous les ressources éthiques à votre disposition pour résoudre ces enjeux ? Si oui, quelles sont les ressources (livres, articles, documents, formations, personnes, institutions, etc.) que vous consultez pour soutenir la résolution des enjeux éthiques que pose votre pratique ? Spécifiez.
13. Y a-t-il un comité d'éthique clinique dans votre milieu ? L'avez-vous déjà consulté ? Spécifiez.
14. Avez-vous des idées de ce qui pourrait être mis en place dans votre milieu pour vous aider à résoudre les enjeux éthiques que soulève votre pratique?
15. Y a-t-il autre chose que vous souhaiteriez ajouter ou préciser au sujet des enjeux éthiques que soulève la pratique transdisciplinaire auprès de personnes ayant un TCA et les manières de surmonter de tels enjeux?

Merci énormément pour votre temps. Merci d'avoir partagé vos perceptions de ces enjeux éthiques et de leurs solutions.